

INFLAM'ŒIL

13 rue Dubrunfaut

75012 PARIS

Tél. : 01 74 05 74 23

>SIREN N° 451 386 544 APE N° 00014

Site internet : www.inflamoeil.org

Courriel : inflamoeil@yahoo.fr

TYNDALL

Bulletin d'Informations

et

d'échanges

N°18

SEPTEMBRE

2007

SOMMAIRE

1. L'éditorial de la Présidente
2. Qu'est-ce que l'uvéé ?
3. Symptômes de l'uvéite
4. Test de Amsler
5. La chorioretinopathie de Birdshot
6. Témoignage
7. Articles scientifiques
8. Le Forum du 20 septembre
9. Nouveauté thérapeutique
10. Le bon à savoir

Chers amis,

Cette rentrée a été marquée par le congrès IOIS 07 qui a rassemblé les plus importantes sociétés savantes mondiales sur l'inflammation oculaire.

Nous remercions le Pr Le Hoang (chef du Service d'Ophtalmologie de la Pitié-Salpêtrière à Paris), organisateur de ce congrès, qui nous a invité et nous a permis d'organiser un forum grand public. Merci à toutes les personnes qui sont intervenues pour que ce forum soit un succès et merci à toutes celles qui sont venues parfois de très loin pour participer à la discussion.

Les interventions des médecins et en particulier celle du Dr Cassoux, (Service d'Ophtalmologie de la Pitié Salpêtrière à Paris), Présidente du conseil scientifique d'Inflam'œil, sur les avancées diagnostiques et thérapeutiques annoncées lors du congrès, seront détaillées dans le prochain Tyndall.

Dans ce numéro outre les symptômes les plus courants de l'uvéite vous trouverez un article et un témoignage sur la maladie de Birdshot, uvéite rare décrite depuis moins de 30 ans.

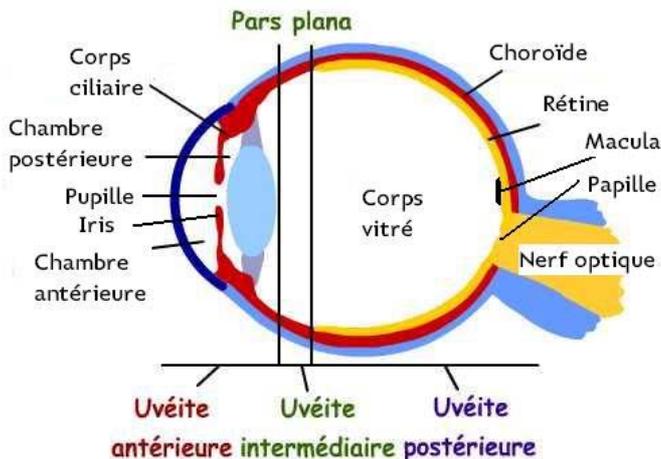
Le Pr Zierhut, Président de l'association allemande, éditeur principal d'Uveitis, a annoncé l'arrivée prochaine du numéro consacré à la corticothérapie des uvéites. Comme l'an dernier, ce journal traduit en français, co-édité par Inflam'œil et validé par le Pr Bodaghi (Service d'Ophtalmologie de la Pitié Salpêtrière à Paris), parviendra à tous les ophtalmologistes français grâce à la générosité des Laboratoires Bausch et Lomb que nous remercions. Nous l'enverrons à nos adhérents dans les meilleurs délais.

Claude Andrieux



Q'est ce que l'Uvée ?

L'uvée est un ensemble de tissus très vascularisés qui comprend l'iris, le corps ciliaire et la choroïde (en rouge sur la figure).



-L'iris est la partie colorée de l'œil qui contrôle la quantité de lumière atteignant la rétine. Des muscles radiaires et annulaires assurent respectivement la dilatation et la contraction de la pupille. Des pigments donnent sa couleur à l'iris. Plus ils sont nombreux, plus l'œil est foncé et moins la lumière se disperse dans l'œil.

-Le corps ciliaire fait la jonction entre l'iris et la choroïde. Il secrète l'humeur aqueuse, liquide clair riche en oxygène, en glucose et en acides aminés, qui remplit la partie antérieure de l'œil devant le cristallin. Le corps ciliaire est un tissu triangulaire et circulaire. Il possède des fibres qui soutiennent le cristallin et des fibres musculaires qui modifient la courbure du cristallin et assure l'accommodation.

-La choroïde, riche en vaisseaux, se situe entre la rétine et la sclère (enveloppe externe de l'œil). La choroïde assure l'apport en oxygène et en nutriments à la rétine. Riche en pigments, elle fait écran à la lumière.

L'uvéite est l'inflammation d'une partie ou de la totalité de l'uvée. Cette inflammation peut gagner le cristallin, le vitré, la rétine et le nerf optique, elle affecte plus ou moins gravement la vision.



Les symptômes de l'uvéite

Les symptômes varient selon le type de l'uvéite et son étiologie. On peut distinguer les signes fonctionnels et les signes cliniques.

Parmi les premiers signes ressentis on note très souvent une gêne douloureuse à la lumière qui conduit à une photophobie (crainte de la lumière) et au besoin impérieux de porter des lunettes filtrantes. L'impression d'être dans le brouillard, la vision de halos autour des lampes ou des phares, la présence de mouches volantes ou de corps flottants dans le champ de vision font partie des symptômes les plus courants.

A un stade plus avancé de la maladie, les images peuvent se déformer et la vision des couleurs se modifier. La vision nocturne disparaît. L'acuité visuelle baisse, le champ visuel peut être atteint.

En cas d'uvéite antérieure, l'œil est souvent rouge et douloureux. La pupille est contractée (en myosis) et peut être déformée. Un dépôt peut se former à la base de l'iris (hypopion). L'iris peut changer de couleur (il pâlit, de vert il devient bleu).

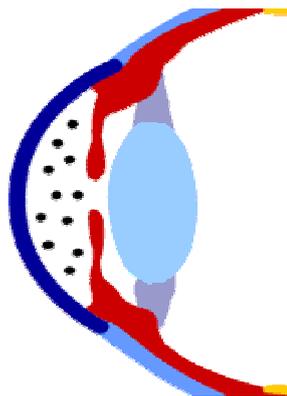
L'uvéite postérieure ne modifie pas l'aspect de l'œil. Elle est rarement douloureuse. Les troubles visuels sont les seuls signaux d'alerte.

Chez l'enfant, l'uvéite est souvent asymptomatique (sans signe extérieur). C'est l'attitude de l'enfant qui doit alerter. Il craint la lumière et regarde la télévision de biais. Il devient maladroit, refuse de faire du sport, tombe souvent parce qu'il ne voit plus les reliefs.

A noter : les symptômes oculaires peuvent s'accompagner d'autres troubles : douleurs articulaires, troubles digestifs, problèmes respiratoires qu'il faut signaler à l'ophtalmologiste.

Effet Tyndall :

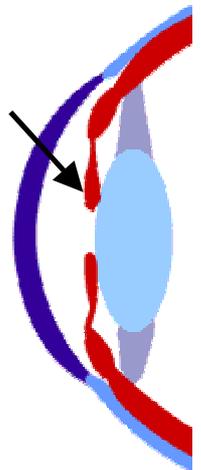
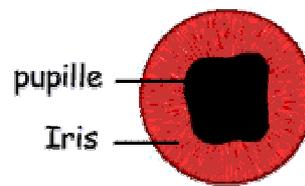
présence de protéines et cellules inflammatoires circulant dans l'humeur aqueuse.



L'examen ophtalmologique met en évidence des symptômes cliniques qui vont orienter le diagnostic. Dans la chambre antérieure : des cellules

inflammatoires en suspension, des dépôts en « graisse de mouton » sur la face interne de la cornée, la présence de synéchies (adhérences de l'iris au cristallin) qui déforment l'iris, une cataracte chez un sujet jeune.

Synéchies :
Adhérences inflammatoires entre l'iris et le cristallin responsable d'une déformation pupillaire.



Dans le segment postérieur : une hyalite (débris et cellules inflammatoires dans le vitré), des anomalies du fond d'œil (œdème maculaire, œdème de la papille du nerf optique, vascularite, choroïdite, chorioretinite, occlusion vasculaire, exsudats, hémorragies).

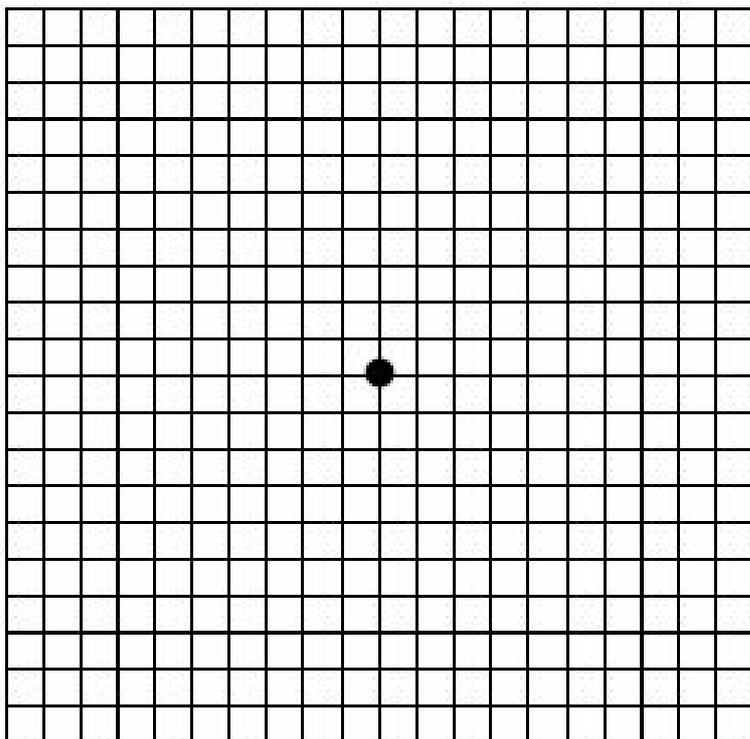
La pression oculaire peut être élevée, d'où un risque de glaucome.

Les traitements, en réduisant l'inflammation, font généralement disparaître les symptômes les plus gênant : douleur, photophobie et trouble visuel. Hélas trop souvent, l'errance diagnostique, une consultation trop tardive ou une uvéite grave laissent des séquelles. Si vous êtes dans ce cas n'hésitez pas à faire appel à la rééducation fonctionnelle qui vous aidera à tirer le meilleur parti possible de votre vue (même réduite) et de vos cinq sens.



Test de la vision centrale

Marc Amsler, ophtalmologiste Suisse, a imaginé une grille de 10 cm sur 10 cm avec un point central de fixation pour tester la vision centrale et les troubles de la macula.



1. Cachez l'un de vos yeux avec une main en portant vos lunettes habituelles de lecture.
2. Positionnez-vous à une distance de lecture normale de la grille (30 cm environ).
3. Fixez le point central.
4. Recommencez avec l'autre oeil.

Si des déformations, des blancs ou des taches noires ou grises apparaissent dans la grille, consultez sans tarder un ophtalmologiste.



La chorioretinopathie de Birdshot :

La chorioretinopathie de Birdshot est une uvéite postérieure rare qui se manifeste le plus souvent vers l'âge de 50 ans par un trouble de la vision, la présence de corps flottants ou de mouches volantes dans le champ de vision, un éblouissement douloureux, une modification de la vision des couleurs et/ou une disparition de la vision nocturne et une baisse de l'acuité visuelle.

L'examen ophtalmologique met en évidence des lésions caractéristiques de la rétine et de la choroïde, petites taches de couleur crème réparties en crible (on a parlé aussi de grains de riz) décrites pour la première fois par Ryan et Maumenee en 1980. Mais l'inflammation du vitré (mouches volantes dans le champ de vision) pourrait précéder ces symptômes cliniques. L'évolution de la maladie va vers la confluence des taches le long des vaisseaux choroïdiens. Artères et veines de la rétine peuvent présenter des rétrécissements favorisant l'apparition de néo vaisseaux. Les principales causes de la baisse d'acuité visuelle chez les malades présentant une maladie de Birdshot est l'œdème maculaire, souvent chronique, l'inflammation du vitré, la formation de néo vaisseaux rétinien, la formation d'une membrane épi rétinienne et la cataracte.

Les deux yeux sont atteints à des degrés divers. Cette maladie inflammatoire serait strictement oculaire.

La quasi-totalité des malades (près de 96%) possèdent un allèle HLA-A29 sur le chromosome 6 qui peut être révélé

par un test sanguin. On estime à 7% la proportion des personnes HLA-A29 positives en Europe mais moins de 2 pour 1000 développent la maladie de Birdshot.



Fond d'œil d'une personne atteinte de chorioretinopathie de Birdshot

Des études récentes suggèrent que si l'antigène HLA A-29 est nécessaire, il n'est pas suffisant pour expliquer la maladie. La maladie de Birdshot peut se manifester dans une même fratrie (mais c'est très rare). Les facteurs génétiques ou non responsables du déclenchement de la maladie sont encore d'origine inconnue.

La maladie est évolutive et chronique mais, chez la plupart des patients, l'inflammation régresse 5 à 15 ans après le début de la maladie. L'état visuel des malades dépend alors des séquelles et donc de l'efficacité des traitements destinés à réduire l'inflammation.

Comme la cause ou les causes de la maladie, le traitement n'est pas encore bien défini. On sait à l'heure actuelle, que la corticothérapie efficace à court terme, doit être impérativement associée, à terme, à d'autres immunosuppresseurs. La cyclosporine associée à

la prednisone s'est révélée efficace. L'injection d'immunoglobulines a été également utilisée, plus récemment l'interféron alpha a démontré son efficacité.



Témoignage

En avril 1998, je suis allée consulter mon ophtalmo car je voyais à travers un rideau de points et après un effort j'avais un magnifique soleil tournant de feu d'artifice du 14 juillet dans mon champ de vision.

Diagnostic : chorioretinopathie de Birdshot, pas de traitement car j'avais 10/10 aux deux yeux.

Insatisfaite, je suis allée prendre un autre avis à l'hôpital : même diagnostic et même non traitement : à surveiller.

- En août 1999 j'ai fait un Zona cou épaule.

- En septembre 1999 je voyais tout flou, impossible de conduire, de lire, ou de regarder la télévision et surtout problème à chaque changement de luminosité.

Consultation : 1/10 à l'œil droit et 2/10 à l'œil gauche.

Hospitalisation pour flash de solumédrol puis cortisone.

- En janvier 2000, aucun résultat. J'arrive à la Salpêtrière : re hospitalisation, re flash de solumédrol puis sortie avec 100 mg de cortancyl.

- Juin 2000, pas terrible. On rajoute 400 mg de cyclosporine.

Ensuite je vous passe les années de traitement, la joie du régime sans sel et les effets secondaires du traitement (j'ai été une véritable encyclopédie !!!)

- Aujourd'hui, juin 2006 je n'ai plus de traitement et j'ai récupéré 9/10 à chaque

œil. Il me reste un réel problème au changement de lumière, dans le noir et ma vision des couleurs est modifiée, mais je vais très bien.

Je sais que je ne suis pas guérie mais en rémission. J'en profite et je me « ménage ». Je suis convaincue que la fatigue et le stress ont un rôle négatif dans notre maladie.

Courage et patience sont les deux conseils que j'ai envie de donner...

ML



Articles scientifiques

Choriorétinopathie de Birdshot

Monnet D, Brézin AP. Curr. Opin. Ophthalmol., 2006, 17, 545-550.

.... Les travaux récents montrent que parmi les 11 sous types de HLA-A29, le sous-type HLA-A*2902 est le plus fréquent dans la population caucasienne et chez les patients souffrant de choriorétinopathie de birshot. ... La choriorétinopathie affecte l'acuité visuelle, la vision des couleur, la sensibilité aux contrastes et le champ visuel. L'électrorétinographie met en évidence des anomalies liées à des dysfonctionnement de la rétine.

La plupart des études confirment que les corticoïdes seuls ne sont pas suffisants à long terme pour traiter la choriorétinopathie de birdshot.

Maculopathie observée au cours des uvéites de l'arthrite juvénile idiopathique (AIJ) - Etude par Tomo-

graphie en Cohérence Optique (OCT)

Ducos de Lahitte G, Terrada C, Kodjikian L, Tran CT, Cassoux N, Lehoang P, Bodaghi B.

Br J Ophthalmology, 2007, sous presse.

Le but de cette étude est de caractériser et de déterminer la fréquence des lésions maculaires chez les enfants souffrants d'AJI . Une OCT, un Flare et une mesure de l'acuité visuelle ont été réalisés chez 38 patients.

Une lésion de la macula a été observée dans 84% des yeux atteints d'uvéite. Ces lésions sont caractérisées par un épaississement de la fovéa (centre de la macula) dans 74% des yeux, un œdème maculaire (48%), un détachement de la fovéa (18%) et des lésions atrophiques (10%).

Les auteurs concluent que les enfants présentant une uvéite au cours d'une arthrite juvénile idiopathique doivent bénéficier d'un examen complet avec OCT et examen du fond d'oeil afin de détecter le plus précocement possible une atteinte maculaire qui peut compromettre le pronostic visuel.



Forum du 20 septembre

Le Forum Inflamm'œil a eu lieu le 20 septembre 2007 au terme du 9^{ème} Congrès sur Inflammation Oculaire IOIS organisé à Paris par le Pr Le Hoang (Chef du Service d'Ophtalmologie de la Pitié-Salpêtrière à Paris) entre le 17 et le 20 septembre 2007.

Au cours de cette réunion, le Dr Cassoux (Service d'Ophtalmologie de la Pitié-Salpêtrière à Paris), Présidente du conseil scientifique d'Inflamm'œil, a fait le

point des avancées diagnostiques et thérapeutiques et a répondu aux questions des participants.

Madame De Kozak (Directeur de Recherche à l'INSERM, U598 à Paris), membre du conseil scientifique, a expliqué les principales perspectives de la recherche scientifique.

Le Dr Challe (Service d'Ophtalmologie de la Pitié-Salpêtrière à Paris) a défini la déficience visuelle.

Le Pr Bodaghi (Service d'Ophtalmologie de la Pitié-Salpêtrière à Paris) et le Pr Le Hoang sont intervenus pour nous donner les derniers résultats de l'étude épidémiologique et nous montrer l'importance des travaux cliniques et expérimentaux réalisés en France. Trois des prix sur cinq ont en effet été attribués à des médecins ou des scientifiques français dont Madame De Kozak et le Dr Céline Terrada (Service d'Ophtalmologie de la Pitié-Salpêtrière à Paris).

Exemples de Question-Réponse abordées au cours du forum

Pourquoi la sensation d'éblouissement peut elle persister après un épisode d'uvéite ?

Réponse du Dr Cassoux:

L'éblouissement peut être dû à différents facteurs :

- une cataracte débutante, opacité de l'arrière du cristallin qui favorise la diffusion de la lumière dans l'oeil.
- après une opération de la cataracte, certains implants favorisent l'éblouissement surtout nocturne.
- les synéchies freinent le jeu pupillaire permettant la pénétration de la lumière dans l'oeil.
- certaines uvéites chroniques conduisent à une atrophie de l'iris qui s'affine

et comme celui des albinos qui ne filtre plus la lumière.

Les verres fumés ou les verres qui foncent à la lumière sont recommandés si vous êtes éblouis.

Une personne, adulte ou enfant, souffrant d'uvéite et opérée de la cataracte peut-elle faire du sport ?

Réponse du Dr Nathalie Cassoux :

Il est recommandé de faire du sport, gymnastique, marche, sports non violents. Evidemment, pas de sport de haut niveau sous corticoïdes, les corticoïdes sont des dopants interdits. Après une opération de la cataracte l'oeil est plus fragile, donc pas de sport violent ni de sport de combat boxe, judo ou karaté. Attention aussi à la balle qui arriver dans l'oeil. Mais tous les sports non violents sont autorisés y compris la piscine et les sports collectifs.

Je suis très fatiguée après arrêt de la corticothérapie. Est-ce normal ?

Réponse du Dr Nathalie Cassoux : Les corticoïdes sont des dopants et une fatigue chronique peut apparaître au moment du sevrage. Chaque personne réagit différemment. Il est parfois nécessaire de donner de l'hydrocortisone à 30 mg par jour en attendant que les surrénales fonctionnent à nouveau. On peut faire un test pour le vérifier, mais même si la cortisone naturelle est produite en faible quantité, celle-ci n'est pas toujours suffisante pour éviter la sensation de fatigue. Par ailleurs, à l'arrêt du traitement, les douleurs articulaires, calmées par la corticothérapie se réveillent et il peut être utile de donner des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou de remonter légèrement la corticothérapie pour calmer les douleurs.



Nouveauté thérapeutique Une nouvelle ciclosporine !

La ciclosporine agit en se fixant à une protéine, la calcineurine, inhibant ainsi la production par les lymphocytes des cytokines impliquées dans l'inflammation.

Un inhibiteur de la calcineurine de nouvelle génération va faire l'objet d'une étude clinique sur plus de 1000 personnes en Europe, aux Etats Unis et en Inde. Les premiers travaux réalisés aux Etats Unis et au Canada montrent que ce nouveau médicament est 4 fois plus actif que la ciclosporine et qu'il n'a pas les effets secondaires de celle-ci : néphrotoxicité, hypertension, augmentation du cholestérol et des triglycérides sanguins, hirsutisme etc...



Le Bon à Savoir

Un numéro azur pour la rentrée des élèves handicapés : Aide-Handicap-École **0 810 55 55 00** (prix d'un appel local).

Ce numéro est mis en place depuis le 27 août par le ministère de l'Éducation nationale pour une durée de deux mois. Le ministère s'engage à ce que les familles obtiennent des réponses rapides, des aides concrètes et surtout une aide efficace dans la gestion des dossiers concernés.

N'hésitez donc pas à appeler ce numéro si vous rencontrez des problèmes pour la scolarisation de votre enfant.

Rééducation fonctionnelle :

Vous pouvez demander une rééducation fonctionnelle à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris (Dr Challe) ou vous adresser à un centre spécialisé tel que ceux de l'APAM, Association pour les Personnes Aveugles ou Malvoyantes.

Centre de Rééducation pour les Personnes Malvoyantes C.R.P.M

Ce centre situé 3 rue Jacquier à Paris 14^{ème}, est un établissement hospitalier privé géré par l'APAM. Il reçoit environ 430 personnes chaque année, âgées de plus de 16 ans, quel que soit le niveau ou la cause de leur déficience visuelle. A noter que celle-ci doit porter sur les deux yeux. Le centre n'est donc pas ouvert aux personnes qui ont une bonne vision d'un œil.

Les personnes sont prises en charge par une équipe pluridisciplinaire constituée de médecins ophtalmologistes, psychologues, ergothérapeutes, orthoptistes, psychomotriciens, opticiens et assistante sociale.

La rééducation a pour objectif de conduire la personne à un niveau maximum d'autonomie.

La rééducation est individuelle et aborde la communication, la vie quotidienne, les déplacements et l'adaptation du poste de travail.

Le financement est assuré par l'Assurance Maladie selon les droits du patient.

Pour plus d'informations adressez vous au C.R.P.M. 01 40 44 66 77 ou crpm.reeducation@apam-paris.asso.fr

- Directeur de publication : Mme Claude ANDRIEUX
 - Comité de rédaction : Mme Martine LABORDE Mme Jeanne HERAULT
 - Conception et réalisation : Melle Joëlle MASLÉ
- Journal trimestriel Dépôt légal : 3ème trimestre 2007 ISSN : 1760-155X