

INFLAM'ŒIL

Maison des Associations du 15^e
BAL N° 43

22 rue de la Saïda
75015 PARIS

☎ 01 74 05 74 23

SIREN N° 451 386 544

APE N° 8899B



www.inflamoeil.org



[/inflamoeil](https://www.facebook.com/inflamoeil)



contact@inflamoeil.org

TYNDALL

Bulletin d'Informations
et
d'échanges

N° 64 DÉCEMBRE 2021

SOMMAIRE

1. Éditorial
2. Prix Inflam'Œil Yoann Bozec 2020 :
Anti-TNF- α vs immunosuppresseurs
conventionnels
3. Compte-rendu de l'A.G. 2021



Éditorial

En cette période à nouveau troublée par une crise sanitaire qui dure et s'incruste, je vous espère tous en forme et souhaite ardemment que vos fêtes de fin d'année se dérouleront au mieux.

Vous trouverez dans ce numéro un très intéressant article de notre lauréate 2020. La Docteure Mathilde LECLERCQ est une jeune et brillante médecin dont le travail est symbolique du travail collectif entre ophtalmologistes et internistes, et entre hôpitaux et centres pour améliorer en continu recherche et prise en charge de l'Uvéite.

Vous trouverez également un compte rendu de notre dernière Assemblée Générale avec un résumé des interventions des Dr ERRERA, FARDEAU et du Pr BODAGHI qui nous ont fait l'honneur et l'amitié de participer à notre AG. Saluons au passage la Dr ERRERA qui nous a parlé depuis les États-Unis et qui s'est donc levée pour nous presque en pleine nuit un samedi matin !

Je tiens tout particulièrement à remercier notre rédactrice en Chef Sylvette PETITHORY, Joëlle MASLÉ, Marie-Jo MÉNAGER-JOULAIN et Jean-Nicolas CULOT pour la rédaction de ce numéro, sa mise en page et sa relecture. Sans eux, TYNDALL aurait du mal à continuer.

Bonne fin d'année à tous et rendez-vous en 2022 !

Joyeuses
Fêtes



INFLAM'ŒIL

TYNDALL n°64

1

Anti-TNF- α versus immunosuppresseurs conventionnels au cours des uvéites non-infectieuses non-antérieures : étude comparative rétrospective.

Dr Mathilde Leclercq

1. Introduction

Les uvéites correspondent à une atteinte inflammatoire de l'iris, du corps ciliaire, du vitré, de la rétine et ses vaisseaux et de la papille du nerf optique. On distingue les uvéites antérieures, intermédiaires, postérieures et panuvéites, selon la localisation intraoculaire segmentaire de l'inflammation (Figure 1). Les uvéites antérieures sont caractérisées par une atteinte de l'iris et du corps ciliaire [1]. Il s'agit de la localisation la plus fréquente des uvéites, représentant 50 à 60 % des diagnostics d'uvéites [2]. Les uvéites intermédiaires sont définies par une localisation principale de l'inflammation au niveau de la choroïdite périphérique [3]. Les uvéites postérieures, correspondent à une atteinte rétinienne et/ou choroïdienne, avec une possible inflammation des vaisseaux rétiens appelée vascularite et représentent 15 à 30 % des cas d'uvéites [2]. Enfin, les panuvéites affichent une prévalence plus disparate, allant de 7 % à 40 % des cas d'uvéites [4, 5]. Il s'agit des cas où l'inflammation n'a pas de segment oculaire prédominant.

L'incidence des uvéites, toutes étiologies confondues, varie entre 17 et 52 cas par an pour 100 000 personnes. Dans les pays développés, les uvéites seraient à l'origine de 5 à 20 % des cas de cécité légale, définie comme une acuité visuelle du meilleur œil $\leq 1/10$ [2]. La gravité des uvéites est liée à leur localisation. Les uvéites touchant le segment postérieur (c'est-à-dire uvéite postérieure et

panuvéite) représentent les entités les plus sévères. Le pronostic visuel et la baisse de l'acuité visuelle au cours des uvéites est également due au développement de complications oculaires, tels l'apparition d'une cataracte, d'un glaucome ou encore d'un œdème maculaire (exsudation de fluide au niveau de la rétine) [6].

Les objectifs de la prise en charge thérapeutique des uvéites non-infectieuses sont multiples : contrôler rapidement et efficacement l'inflammation afin de préserver la fonction visuelle et limiter les dommages structuraux irréversibles, prévenir le risque de rechute et enfin, limiter les effets indésirables ophtalmologiques et généraux d'origine iatrogène [9]. Le traitement repose en première intention sur une corticothérapie par voie orale, pouvant être précédée par des bolus intraveineux en fonction de la sévérité de l'uvéite. Cependant, ce traitement peut s'avérer insuffisant, nécessitant alors une intensification thérapeutique par immunosuppresseurs conventionnels ou par biothérapies. Ces traitements vont agir sur le système immunitaire responsable de l'inflammation intraoculaire. Un groupe de consensus international recommande d'introduire ces traitements pour contrôler une inflammation persistante ou sévère, dans l'objectif de limiter l'apparition de complications [10] ou à visée d'épargne cortisonique (uvéite nécessitant une forte dose de corticoïdes pour être inactive appelée cortico-dépendance) ou en cas de mauvaise tolérance de la corticothérapie. Les immunosuppresseurs conventionnels vont agir sur les différentes cellules du système immunitaire en limitant leur capacité de prolifération. Les principaux immunosuppresseurs conventionnels utilisés dans le traitement des uvéites sont le méthotrexate, le mycophénolate mofétil

et l'azathioprine. Ces traitements ont montré leur efficacité dans le contrôle de l'inflammation intraoculaire, l'amélioration de l'acuité visuelle et de l'épargne cortisonique dans la cohorte de patients SITE (*Systemic immunosuppressive therapy for eye diseases*), étude rétrospective américaine incluant 8 562 patients [11]. Les biothérapies sont des molécules plus récentes qui vont venir cibler une protéine de l'inflammation spécifique, diminuer son taux sanguin et ainsi diminuer l'inflammation. Parmi les biothérapies, les anti-TNF- α constituent la classe thérapeutique la plus étudiée dans la prise en charge des uvéites inflammatoires. L'adalimumab a d'ailleurs obtenu l'autorisation de mise sur le marché en 2017 pour la prise en charge des uvéites intermédiaires, postérieures et panuvéites non-infectieuses présentant des signes d'activité persistants malgré une corticothérapie, ou pour les uvéites inactives cortico-dépendantes. L'infliximab, un autre anti-TNF- α , a également montré son efficacité dans la prise en charge des uvéites non-infectieuses, notamment au cours de la maladie de Behçet. Ainsi, les biothérapies ont montré leur efficacité en termes de contrôle des uvéites et de prévention des rechutes. Cependant, certaines interrogations persistent [13]. La première est de déterminer la place des biothérapies par rapport aux traitements immunosuppresseurs conventionnels dans l'objectif double de préserver la fonction visuelle, tout en déterminant les patients éligibles à ces nouvelles thérapeutiques, en fonction de leur diagnostic étiologique et de leurs comorbidités.

L'objectif de notre travail était de comparer l'efficacité des immunosuppresseurs conventionnels versus des anti-TNF- α dans le traitement

des uvéites non-antérieures non-infectieuses.

2. Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique dans les services de médecine interne et d'ophtalmologie de l'hôpital de Rouen entre 2014 et 2018. Les patients adultes atteints d'uvéite non-antérieure non-infectieuse, traités par anti-TNF- α (adalimumab ou infliximab) ou par immunosuppresseurs conventionnels (azathioprine, méthotrexate, mycophénolate mofétil), ont été inclus. Dans le groupe anti-TNF- α , les patients n'ayant jamais reçu d'immunosuppresseurs conventionnels (patients naïfs) ont été distingués des patients précédemment traités par immunosuppresseurs conventionnels. Les patients traités uniquement par corticostéroïdes ont été exclus.

Les données recueillies comprenaient les caractéristiques démographiques : c'est-à-dire l'âge, le sexe, la date du diagnostic, les caractéristiques de l'uvéite : c'est-à-dire l'étiologie, la localisation anatomique et l'évaluation de l'inflammation intraoculaire, la présence d'une vascularite rétinienne ou d'un œdème maculaire cystoïde au moment de l'initiation des immunosuppresseurs conventionnels ou des anti-TNF- α , et à la fin du suivi. Les caractéristiques du traitement : c'est-à-dire le type, l'indication, la posologie, la date d'introduction, les traitements antérieurs et l'évolution de la dose de corticostéroïdes ont également été recueillies.

Le critère de jugement principal était un critère composite défini par l'apparition d'un échec thérapeutique ou l'arrêt du traitement pour un effet indésirable grave. L'échec thérapeutique était défini comme

l'aggravation de l'acuité visuelle et/ou l'aggravation de l'inflammation intraoculaire et/ou l'absence de correction ou l'apparition d'une vascularite active et/ou l'absence de correction ou l'apparition d'un œdème maculaire cystoïde. Les événements indésirables étaient définis comme graves si l'arrêt du traitement était nécessaire. Les critères de jugement secondaires étaient : l'évolution de l'acuité visuelle et de la quiescence oculaire (inflammation intraoculaire minime définie comme un Tyndall $\leq 0,5+$ et une hyalite $\leq 0,5+$), l'épargne cortisonique et les effets indésirables non graves.

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique local (E2019-63).

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des patients

« *p* » est une abréviation de statistique :

p < 0,05 signifie que le résultat est statistiquement significatif, les autres résultats (tout *p* > 0,05) sont non significatifs.

Soixante-treize patients ont été inclus. Trente-quatre patients ont été traités par anti-TNF- α (47 %) : 19 par adalimumab et 15 par infliximab. Trente-neuf patients ont été traités par immunosuppresseurs conventionnels (53 %) : 15 par azathioprine, 14 par méthotrexate et 10 par mycophénolate mofétil. La durée médiane (IQR) du suivi était de 9,5 mois (4-22) dans le groupe anti-TNF- α et de 13 mois (4-37) dans le groupe immunosuppresseurs conventionnels.

Cinquante-neuf pour cent des patients étaient de sexe masculin dans le groupe anti-TNF- α et 38 % dans le groupe immunosuppresseurs conventionnels (*p* = l'âge médian (IQR) à l'initiation du

traitement était de 42,5 ans (32-61) dans le groupe anti-TNF- α et de 49 ans (34-61) dans le groupe immunosuppresseurs conventionnels (*p* = 0,47).

Les principales étiologies d'uvéïte étaient : uvéïte idiopathique (32 % dans le groupe anti-TNF- α et 28 % dans le groupe immunosuppresseurs conventionnels) et la maladie de birdshot (maladie inflammatoire localisée à l'œil), respectivement pour 24 % et 26 % des patients. La troisième étiologie était la maladie de Behçet (maladie systémique touchant l'œil, la peau et les articulations) pour les patients traités par anti-TNF- α (21 %) et la sarcoïdose (maladie systémique touchant l'œil, le poumon, la peau et les articulations principalement) pour les patients traités par immunosuppresseurs conventionnels (23 %). La plupart des uvéïtes (90 %) étaient bilatérales ; postérieures dans le groupe anti-TNF- α (50 %) ou panuvéïte (56 %) dans le groupe immunosuppresseurs conventionnels. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes, concernant les caractéristiques générales, l'étiologie de l'uvéïte, ou les caractéristiques ophtalmologiques initiales (acuité visuelle, inflammation oculaire, vascularite rétinienne, œdème maculaire cystoïde). Les patients traités par anti-TNF- α avaient une évolution significativement plus longue de l'uvéïte (*p* = 0,05) et avaient déjà été traités antérieurement, pour 68 % d'entre eux, par immunosuppresseurs conventionnels (*p* < 0,0001).

3.2. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal a été observé chez 19/34 patients (56 %) dans le groupe anti-TNF- α et chez 23/39 patients (59 %) dans le groupe immunosuppresseurs conventionnels (*p* = 0,82). Un échec thérapeutique est

survenu chez 14/19 patients (41 %) dans le groupe anti-TNF- α et chez 19/23 patients (49 %) dans le groupe immunosuppresseurs conventionnels ($p = 0,64$). Un événement indésirable grave nécessitant l'arrêt du traitement est survenu chez 5/19 patients (14 %) dans le groupe anti-TNF- α et chez 4/23 patients (10 %) dans le groupe immunosuppresseurs conventionnels ($p = 0,73$). Le principal événement oculaire conduisant à l'échec du traitement était l'augmentation ou le développement d'un œdème maculaire cystoïde, dans les deux groupes [9/14 patients (64 %) dans le groupe anti-TNF- α et 10/19 patients (53 %) dans le groupe DMARD, $p = 0,74$. Le délai médian de survenu du critère de jugement principal était de 16 mois pour les patients traités par anti-TNF- α et de 21 mois dans le groupe immunosuppresseurs conventionnels ($p = 0,52$) (Figure 2).

3.3. Critères de jugement secondaires

Durant la première année de traitement, nous avons observé respectivement pour les patients du groupe anti-TNF- α et du groupe immunosuppresseurs conventionnels, une amélioration de l'acuité visuelle chez 31 % et 12 % des patients, une résolution des lésions de vascularites rétinienne chez 67 % et 71 % des patients et une résolution de l'œdème maculaire chez 44 % et 48 % des patients, sans différence significative entre les deux groupes. En revanche, nous avons observé, et ce de manière significative, la supériorité des anti-TNF- α dans le contrôle rapide de l'inflammation intra-oculaire. En effet, l'état de quiescence oculaire est survenu chez 92 % des patients du groupe anti-TNF- α et 57 % du groupe immunosuppresseurs conventionnels, après 6 mois de traitement ($p = 0,006$). Après 12 mois, la différence était non

significative, avec 72 % des patients dans le groupe anti-TNF- α présentant un état de quiescence oculaire et 59 % dans le groupe immunosuppresseurs conventionnels ($p = 0,51$).

Nous avons observé une décroissance statistiquement significative de la corticothérapie au cours du temps, avec une diminution de la corticothérapie de 30 mg/jour (20-49) à l'initiation du traitement par anti-TNF- α jusqu'à 2,5 mg/jour (0-9) après 24 mois de traitement ($p < 0,0001$). De même, dans le groupe immunosuppresseurs conventionnels, nous avons observé une décroissance de 30 mg/jour (20-46) de corticoïdes, à 8 mg/jour (7-9) après 24 mois ($p < 0,0001$). Il n'y avait pas de différence significative concernant l'épargne cortisonique entre les deux groupes ($p = 0,13$) (Figure 3). Un arrêt des corticoïdes a été possible chez 8 patients (24 %) dans le groupe anti-TNF- α et 5 patients (13 %) dans le groupe immunosuppresseurs conventionnels ($p = 0,36$). De manière intéressante, nous avons montré que, chez les patients ayant rechuté sous anti-TNF- α , antérieurement traités par immunosuppresseurs conventionnels ($n = 9$), la posologie médiane de corticoïdes lors de la rechute sous anti-TNF- α était moins élevée que lors de la rechute sous immunosuppresseur conventionnel pour un même patient (12,5 mg versus 20 mg, $p = 0,06$).

Dix-huit patients (53 %) traités par anti-TNF- α et 15 patients (38 %) traités par immunosuppresseurs conventionnels ont présenté au moins un événement indésirable au cours du suivi ($p = 0,36$), dont 5 et 4 patients ayant présenté un effet indésirable grave respectivement dans chaque groupe.

4. Discussion et conclusion

Dans cette étude rétrospective monocentrique, nous avons comparé deux stratégies thérapeutiques actuelles pour le traitement des uvéites non-antérieures non-infectieuses : les anti-TNF- α et les immunosuppresseurs conventionnels. Notre étude n'a pas mis en évidence de différence significative entre les patients traités par immunosuppresseurs conventionnels ou anti-TNF- α , en termes de taux et de délai de survenue d'un échec thérapeutique ou de la rechute, d'amélioration de l'acuité visuelle, de résolution de l'œdème maculaire cystoïde ou des vascularites rétinienues ou d'effets indésirables graves. En revanche, notre étude a montré un contrôle de l'inflammation intraoculaire plus rapide dans le groupe anti-TNF- α . Concernant l'épargne cortisonique, notre étude a souligné que, pour un même patient, la cortico-dépendance au moment de la rechute était moins élevée lors du traitement par anti-TNF- α que lors du traitement par immunosuppresseurs conventionnels. Ainsi, les anti-TNF- α semblent permettre une accélération de la décroissance de la corticothérapie.

Notre étude présente certaines limites. Il s'agit d'une étude rétrospective dans un seul centre, ce qui représente un biais d'indication potentiel. En raison des critères d'inclusion de l'étude, les patients du groupe anti-TNF- α avaient une évolution significativement plus longue de l'uvéite, rechutaient plus fréquemment et avaient probablement une uvéite plus sévère.

En conclusion, notre étude a montré que les agents anti-TNF- α pourraient être proposés comme alternative aux immunosuppresseurs conventionnels en cas d'inflammation oculaire sévère ou de

forte cortico-dépendance. Malgré ces nouveaux traitements, le pronostic des uvéites reste sévère. Des études prospectives comparant ces deux stratégies thérapeutiques seront nécessaires.

5. Bibliographie

1. Sève P, Kodjikian L, Adélaïde L, Jamilloux Y. Uveitis in adults: What do rheumatologists need to know? *Joint Bone Spine*. oct 2015;82(5):308-14.
2. Tsirouki T, Dastiridou A, Symeonidis C, Tounakaki O, Brazitikou I, Kalogeropoulos C, et al. A Focus on the Epidemiology of Uveitis. *Ocul Immunol Inflamm*. 2018;26(1):2-16.
3. Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT, Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. *Am J Ophthalmol*. sept 2005;140(3):509-16.
4. Barisani-Asenbauer T, Maca SM, Mejdoubi L, Emminger W, Machold K, Auer H. Uveitis- a rare disease often associated with systemic diseases and infections- a systematic review of 2619 patients. *Orphanet J Rare Dis*. 2012;7:57.
5. Bodaghi B, Cassoux N, Wechsler B, Hannouche D, Fardeau C, Papo T, et al. Chronic severe uveitis: etiology and visual outcome in 927 patients from a single center. *Medicine (Baltimore)*. 2001;80(4):263-70.
6. Dick AD, Tundia N, Sorg R, Zhao C, Chao J, Joshi A, et al. Risk of Ocular Complications in Patients with Noninfectious Intermediate Uveitis, Posterior Uveitis, or Panuveitis. *Ophthalmology*. mars 2016;123(3):655-62.
7. Bodaghi B, LeHoang P. Uvéite. Atlas en ophtalmologie. Elsevier Masson. 2017.
8. Baughman RP, Teirstein AS, Judson MA, Rossman MD, Yeager H, Bresnitz EA, et al. Clinical characteristics of patients in a case

- control study of sarcoidosis. Am J Respir Crit Care Med. 15 nov 2001;164(10 Pt 1):1885-9.
9. Diwo E, Sève P, Trad S, Bielefeld P, Sène D, Abad S, et al. [Therapeutic strategy for the treatment of non-infectious uveitis proposed by an expert panel]. Rev Med Interne. 30 mars 2018;
 10. Dick AD, Rosenbaum JT, Al-Dhibi HA, Belfort R, Brézin AP, Chee SP, et al. Guidance on Noncorticosteroid Systemic Immunomodulatory Therapy in Noninfectious Uveitis: Fundamentals Of Care for Uveitis (FOCUS) Initiative. Ophthalmology. 1 mai 2018;125(5):757-73.
 11. Kempen JH, Daniel E, Gangaputra S, Dreger K, Jabs DA, Kaçmaz RO, et al. Methods for identifying long-term adverse effects of treatment in patients with eye diseases: the Systemic Immunosuppressive Therapy for Eye Diseases (SITE) Cohort Study. Ophthalmic Epidemiol. févr 2008;15(1):47-55.
 12. Guillevin L, Meyer O, Hachulla E, Sibilia J. Traité des maladies et syndromes systémiques. Lavoisier; 2015.
 13. Neri P, Arapi I, Nicolai M, Pirani V, Saitta A, Luchetti MM, et al. Biologic Therapy in Inflammatory Eye Conditions (Ophtalmology): Safety Profile. Curr Drug Saf. 2016;11(1):47-54.

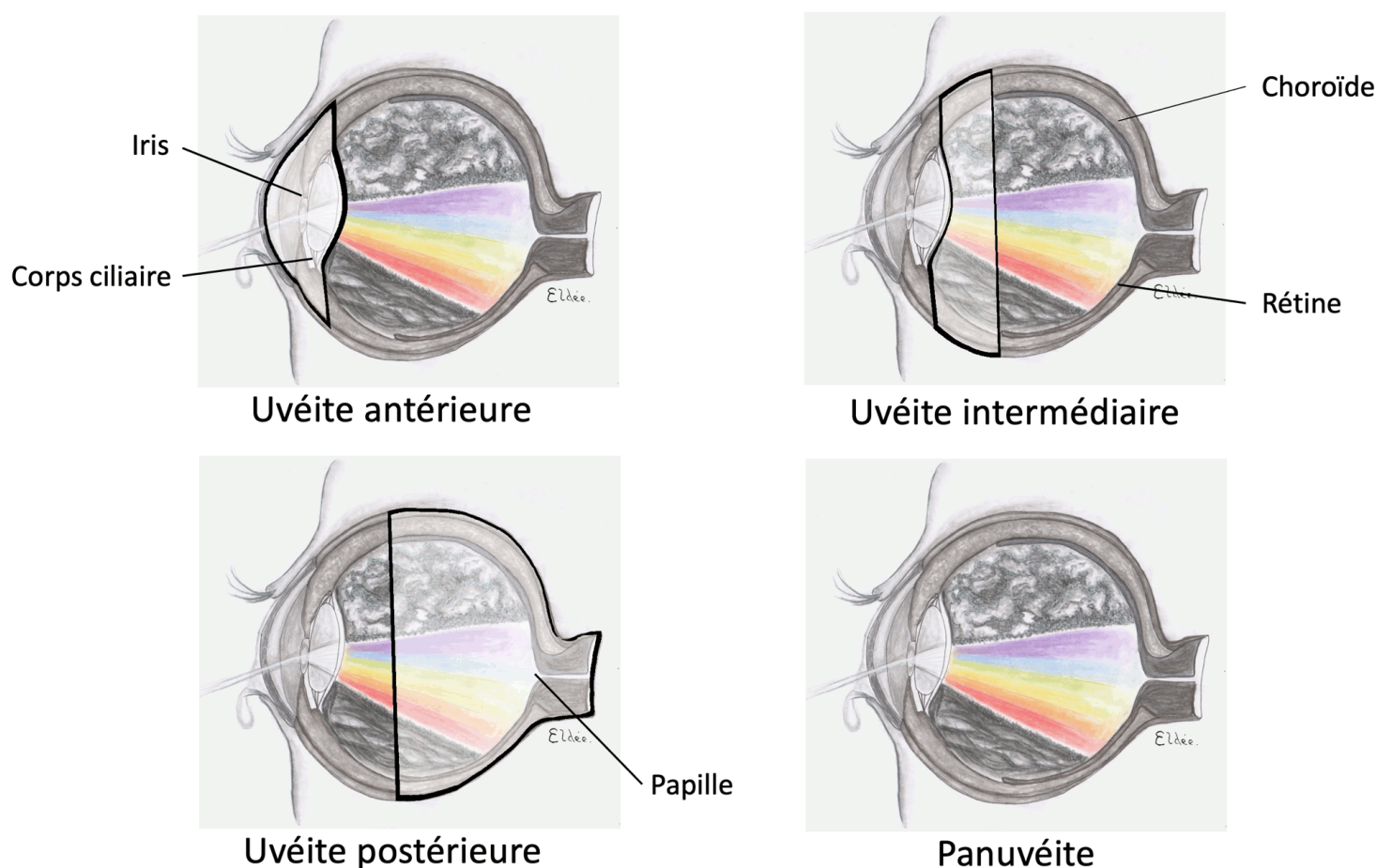


Figure 1: Représentation schématique des uvéites en fonction de leur localisation.

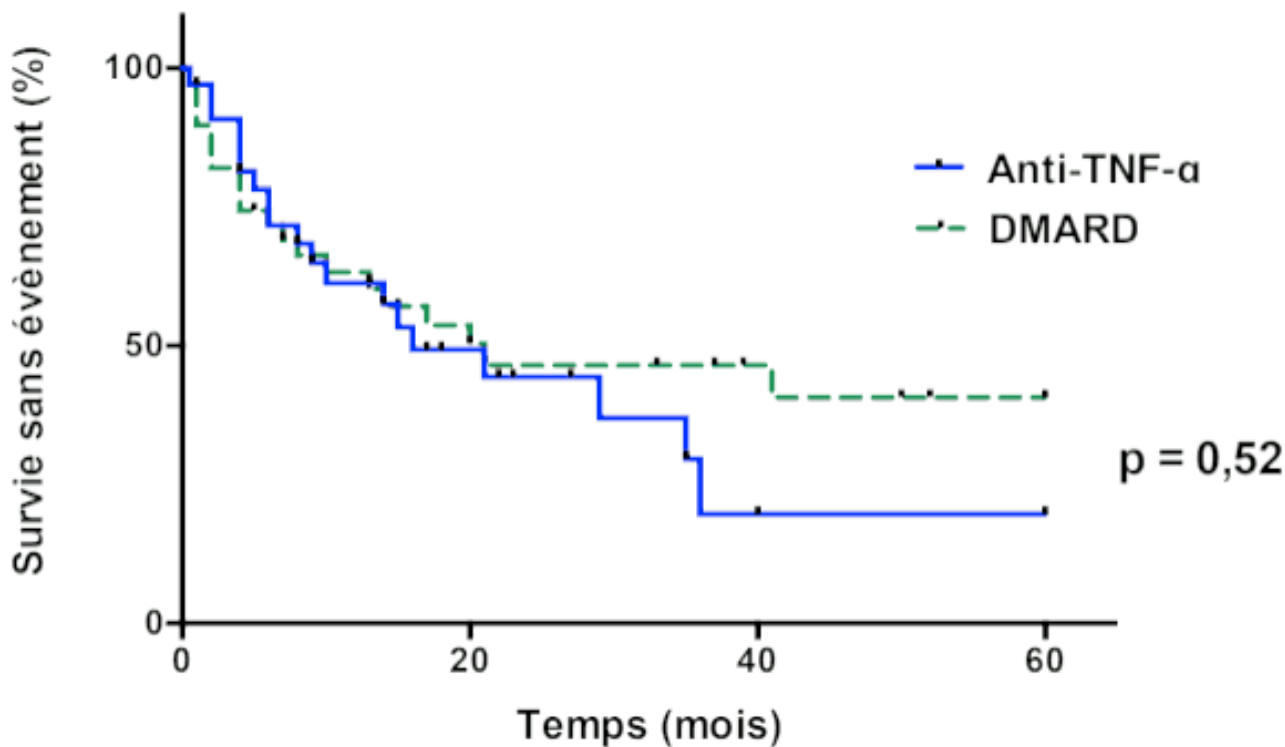


Figure 2 : Courbe de Kaplan-Meier représentant la survenue du critère de jugement principal en fonction du traitement étudié.

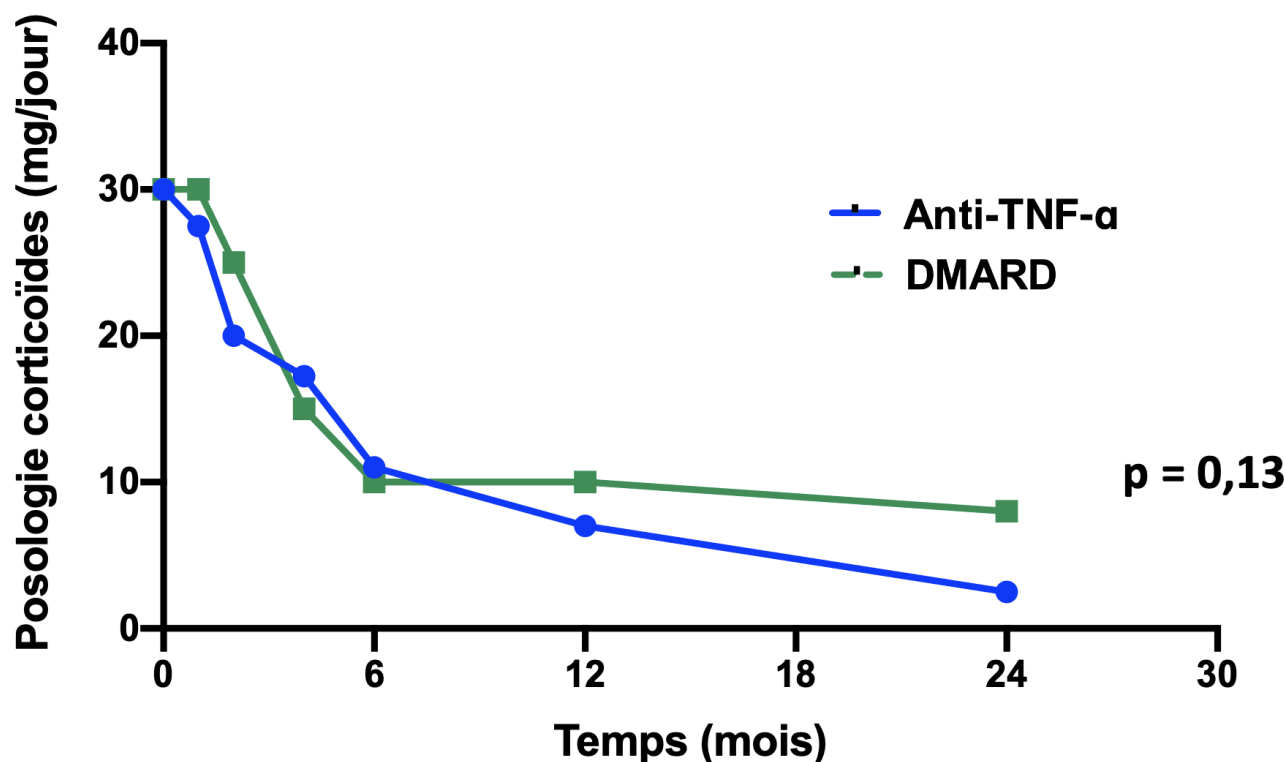


Figure 3 : Évolution de la posologie médiane quotidienne de prednisone (mg/jour) au cours du temps, en fonction du traitement étudié.

**Intervention du Pr. Bodaghi
Service ophtalmologie Pitié-Salpêtrière**

Dans le service, la situation est très tendue, les équipes sont à bout. Le manque d'infirmières est flagrant au bloc ainsi qu'en hospitalisation. Le personnel d'encadrement du Bâtiment Babinski, comprenant les services de neurochirurgie, ORL et ophtalmologie demande de revoir l'organisation et la prise en charge. Pendant les 2 à 3 ans à venir, le manque d'infirmières sera général tant à l'Assistance Publique que dans les structures offrant de meilleures rémunérations. Il a donc été accepté de réduire les lits pour alléger la souffrance des équipes (lits qui ne sont pas remplis à plus de 50 % d'ailleurs). La dégradation des soins se poursuit à cause de l'après-COVID-19. La décision a créé des polémiques mais aucun regret. Des efforts sont mis sur la nouvelle consultation. De 1996 à 2018, l'administration n'a pas soutenu le service d'ophtalmologie. En 2018 la nouvelle direction a écouté mais un projet devait être présenté pour obtenir des améliorations. La surface passera de 400 à 600 m². La première partie des travaux sera finie vers la fin octobre 2021, correspondant à l'ancienne partie neurochirurgie (qui est le plus grand service français). Ces modifications ont lieu grâce aux collègues de la neurochirurgie et les anesthésistes qui ont accepté d'être transférés dans des préfabriqués pour une période indéterminée (au moins 2 ans). Le projet est de 5 millions d'euros, pour les travaux et les équipements (déjà 2 millions d'euros reçus en 2 ans pour du matériel d'imagerie). Les travaux devraient être

terminés pour septembre 2022. Les boxes de consultation passeront de 12 à 16, ce qui permettra une mise à niveau de la consultation par rapport aux 15-20 et Rothschild.

En ce qui concerne l'équipe médicale, de nombreux mouvements sont en cours. Le Pr Bodaghi et le Pr. Touitou (neuro-ophtalmologie) restent, ainsi que le Dr Fardeau pour les pathologies inflammatoires. Le service a la chance d'avoir quelques jeunes médecins (difficile de les retenir, ceux-ci préférant souvent la chirurgie, l'OCT, les injections intravitréennes...) :

- 3 chefs de clinique au lieu de 2 à partir de novembre 2021 pour un an et le Dr Touami rejoindra l'équipe en septembre 2022 pour apporter en termes scientifiques.
- 2 chefs de cliniques supplémentaires (neuro-ophtalmologie, rétine et inflammation) en remplacement du Dr Adélaïde Toutée qui désire rester en hôpital, et se partagera entre la Pitié-Salpêtrière et l'Hôpital des 15-20.
- Un nouvel interne qui sera docteur junior rejoindra l'équipe avec la motivation de faire de l'inflammation oculaire.

Concernant le personnel non-médical, il est difficile d'obtenir des moyens humains supplémentaires.

Tous les nouveaux patients passeront au dossier digital, et sur proposition des praticiens les anciens patients y auront également accès. Ceci facilitera les ordonnances, le suivi et l'interactivité avec les autres intervenants. L'année prochaine verra l'arrivée d'un logiciel métier dédié à l'ophtalmologie (incluant les images d'examen), ce qui sera un réel bond en avant pour rattraper le retard. Le patient repartira avec une trace écrite, énorme

amélioration qui avait été tentée dans le passé sans succès.

À la question en séance : est-ce que le patient pourra repartir avec son imagerie ? la réponse n'est pas affirmative car cela nécessite des imprimantes couleur. Et souvent les examens sont répétés.

Quelques mots sur le projet de loi concernant le financement de la Sécurité Sociale (article 40) : le décret en cours porte sur la primo-prescription des lunettes par les orthoptistes. Si le décret passe, ce sera un réel bouleversement. Le risque est de ne pas détecter les glaucomes et les inflammations car les orthoptistes ne sont pas formés pour les identifier (une formation en 3 ans est insuffisante pour faire de la primo-prescription sans risque). À noter que les ophtalmologistes sont, en partie, aussi responsables, pour avoir délaissé des pans entiers du métier qui ne rapportaient pas assez (EHPAD par exemple).

Sur le plan scientifique : appel à projet de l'Institut Hospitalo-Universitaire (dirigé par le Pr Sahel), il y en a seulement 6 en France toutes spécialités confondues. 50 millions d'euros promis sur 10 ans. Si le projet cohorte est sélectionné, il démarrera en octobre 2021. 450 000 € seront attribués pour mettre en place des cohortes de patients afin d'évaluer les réponses aux traitements.

Le Centre maladies rares est assez actif avec l'ETP et le PNDS uvéites en collaboration avec tous les spécialistes liés à l'uvéite. Le renouvellement de la labellisation CNMR est en 2022, la candidature sera bien sûr renouvelée et élargie à d'autres pathologies de l'œil pour ne pas se limiter à l'uvéite.

Sur le plan national, le Club d'inflammation oculaire est présent à la SFO, Inflam'Œil

est partenaire, (diminution du temps pour les associations). Le présentiel reviendra en 2022. La Journée du 6 novembre concernera la France et les pays étrangers.

Congrès (C³) le 15 octobre 2021 avec internistes et rhumatologues.

Le prochain congrès de l'IOIS (International Ocular Inflammation Society) dont le Pr Bodaghi est président jusqu'en 2023 aura lieu du 4 au 6 décembre 2021 en virtuel en Grèce. Quasiment tous les internes de la Pitié-Salpêtrière ont soumis un abstract. Le dernier congrès avait eu lieu à Taïwan en 2019.

Autres informations du Pr Bodaghi :

- Un protocole démarrera à la Pitié Salpêtrière avec un laboratoire suédois pour un agent biologique mis aux oubliettes.
- Le labo Tarsier (Israël) développe un collyre qui n'est pas basé sur la cortisone mais d'autres molécules (confidentialité oblige, peu d'information sur les molécules en question) ; le protocole sera bientôt mis en place.
- Le Dr Fardeau a été sollicitée pour un « lye abstract » sur les immunothérapies anticancéreuses, qui permet de communiquer clairement avec les patients.
- Au sujet de la cyclosporine, une mise au point est prévue pour le Tyndall. Par une gestion collégiale au long cours, le néphrologue et l'ophtalmologiste peuvent éviter l'insuffisance rénale, les atteintes systémiques et hypertension artérielle. En France, elle est utilisée beaucoup plus rarement qu'il y a 30 ans mais elle reste adaptée à chaque patient quand elle est prescrite (maladie de Behçet, uvéites idiopathiques ou chroniques).

Le message d'espoir : nous avons la chance d'avoir de nombreux produits, il faut savoir les utiliser au bon moment.

Intervention du Dr Marie-Hélène Errera, en direct de Pittsburgh (USA)

Malgré le décalage horaire, le Dr Errera nous a partagé son expérience d'ophtalmologiste aux États-Unis. Ne sont rapportés ici que quelques-uns des messages de la présentation.

Il est question de développer des tests PCR (réaction en chaîne par polymérase) pour détecter tous les virus d'un coup lors du diagnostic. L'injection des implants intraoculaires Iluvien ou Yutiq peut se faire directement au cabinet en consultation. Il n'y a pas de salle stérile et d'expérience, pas d'infection particulière. La famille est même dans la pièce ! L'implant, d'une taille d'un grain de riz a une efficacité de 36 mois. En fonction du type d'inflammation, on peut choisir la puissance du traitement (Ozurdex plus puissant par exemple). Les injections locales dans l'œil sont considérées comme le traitement d'avenir pour éviter les effets systémiques.

Questions en séance sur la présentation du Dr Errera

– Y a-t-il plus d'uvéites aux États-Unis ?

Aux États-Unis, les médecins peuvent utiliser un logiciel qui permet de retrouver le nom de tous les patients, la cause, le diagnostic... Depuis 2011, 6000 nouveaux patients uvéites sont ainsi recensés : de nombreuses sarcoïdoses (en France, beaucoup viennent des Antilles), très peu de maladie de Behçet (pathologie plutôt méditerranéenne), peu de tuberculose (aux États-Unis, les immigrants atteints de tuberculose sont renvoyés dans leur pays), beaucoup de porteurs de HLA-B27.

– **Au sujet des implants intravitréens :** L'Iluvien n'est pas remboursé en France, il n'est utilisable que par ceux qui ont des échantillons (dont la Pitié-Salpêtrière).

– **Est-ce que les Américains sont revenus du Retisert ?** Dans 40 % des cas, la chirurgie du glaucome est nécessaire ! C'est un peu la catastrophe car par mesure de prévention, la chirurgie du glaucome est faite directement, en parallèle du traitement ! Comme souvent aux É-U, l'argent est le moteur car l'acte chirurgical permet... de payer le chirurgien du glaucome. Après 3 ans, un nouvel implant est introduit. Le traitement ne fait qu'éviter les récurrences, il ne traite pas l'uvéite. Pour information, l'Ozurdex (une sorte de cortisone), est aussi fort qu'une perfusion intraveineuse. L'Iluvien (autre sorte de cortisone) est utilisé en cas de petit œdème maculaire ou d'une inflammation moins forte.

– **Les soins aux États-Unis :** il n'y a pas de sécurité sociale, la protection santé privée reste très chère (250 € la consultation ophtalmologique standard, 40 € restant à charge avec une mutuelle standard).

– **Des associations caritatives** font des consultations et chirurgies gratuites (dont fait partie le Dr Errera). Avant Obamacare, la situation était encore pire. Les immunosuppresseurs chers ne sont pas pris en charge.

Les États-Unis sont certes un pays formidable sur de nombreux plans, mais son système de santé est également victime des dérives liées à l'argent.

Même s'il n'est pas parfait, le système de santé français n'est pas si mauvais, ce dont les gens en bonne santé ne se rendent pas compte ! L'hôpital de la vision de Pittsburgh, dirigé par le Pr José-Alain Sahel est un projet de près de... 650 millions de dollars !

Présentation du Dr Fardeau : l'Éducation Thérapeutique du Patient atteint d'uvéite chronique

Pour rappel, les précurseurs du principe de l'ETP sont les patients diabétiques. Les formateurs appartiennent à différents corps de métiers (médecins, infirmières, psychologues, diététiciennes) ainsi qu'aux 2 associations Inflamm'Œil et Gêneris (Aniridie).

Ce programme est accepté et supporté par la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) à l'échelle nationale, et par l'ARS Île-de-France (Agence Régionale de Santé).

L'atelier est pour le moment en distanciel et deviendra hybride dès que possible. La première session s'est déroulée le 29 octobre 2021. Le Dr Fardeau est vivement remerciée par le Pr Bodaghi pour tout le travail effectué. Sylvette Petithory-Rayé et Marie-Jo Ménager-Joulain, membres de l'Association, ont apporté les attentes des patients au niveau humain afin que les participants s'expriment librement.

Avant la fin de l'année, un appel à des prestataires sera lancé pour dynamiser le contenu et le rendre plus attractif pour le patient.

Utilité d'un séjour en centre de référence pour concentrer toute une série d'examen

Il n'y a pas d'intérêt à faire un panel d'examen très large. Pour une maladie

systémique, il est plutôt conseillé de voir un médecin interniste. La consultation double à la Pitié-Salpêtrière au même endroit est à privilégier comme cela était le cas il y a quelques années.

Commentaire du Dr Errera : ce type de consultation double existe aussi à Pittsburgh.

Approvisionnement photomètres laser flare

Il existe très peu de machines en France. La production (par un laboratoire japonais) a été arrêtée temporairement en juin 2021. Pour la petite histoire, la première machine de la Pitié-Salpêtrière a été achetée fin des années 90 par le Pr Le Hoang sur ses propres deniers et amenée à l'hôpital avec sa voiture ! 3 générations de machine ont ensuite suivi.

Existe-t-il des programmes ETP aux États-Unis ?

Ça ne fait pas partie du cursus car cela demande du personnel (donc du financement). Cependant si ça peut attirer des patients, ce genre d'initiative pourrait être un bon argument marketing et se révéler finalement bon... pour le business !

J-N C

- Directeur de publication : Sylvette PETITHORY,
- Comité de rédaction : Jeanne HÉRAULT, Danièle LEMAÎTRE, Sylvette PETITHORY,
- Conception et réalisation : Joëlle MASLÉ

Journal trimestriel Dépôt légal : 4^e trimestre 2021 ISSN : 1760-155X