

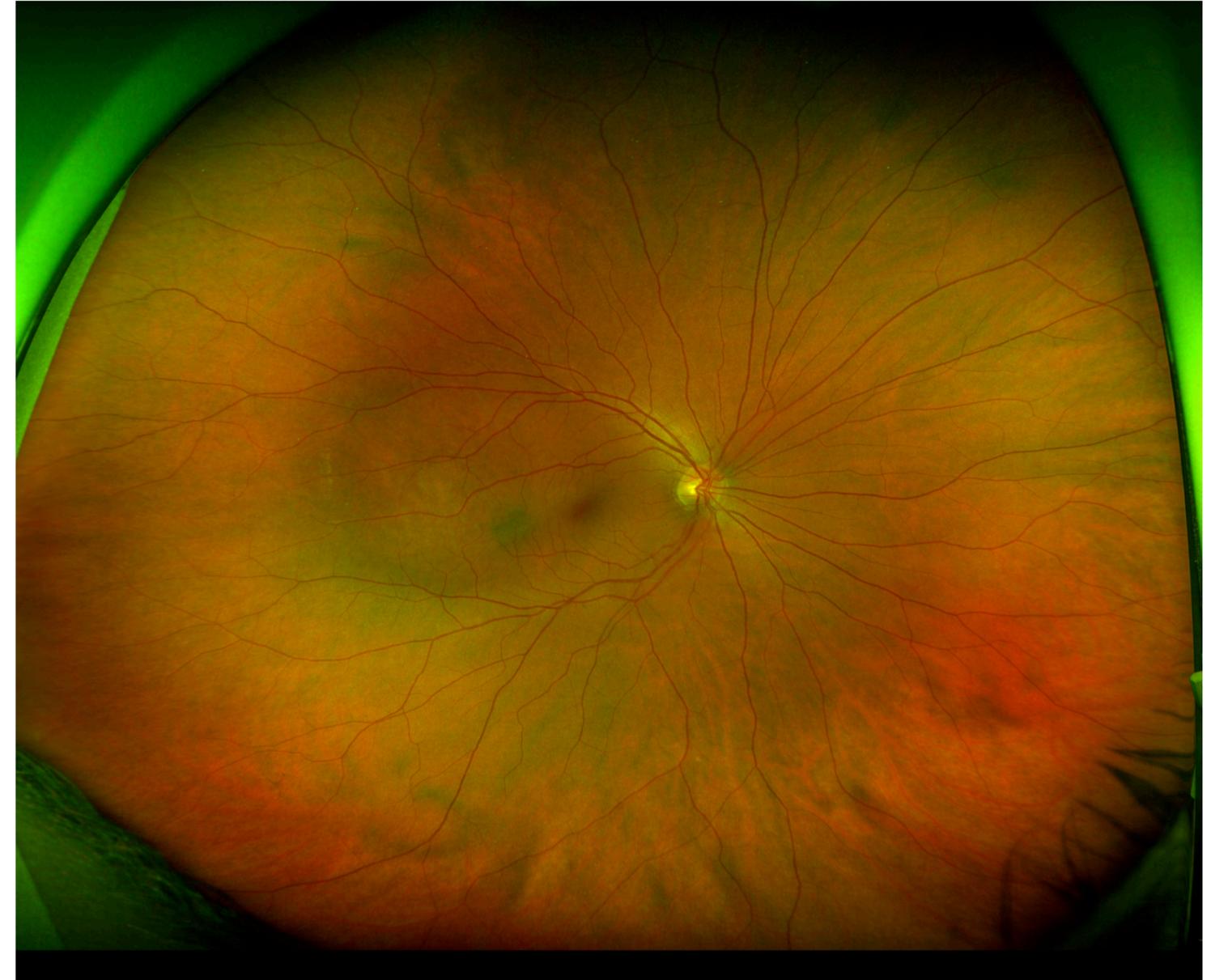
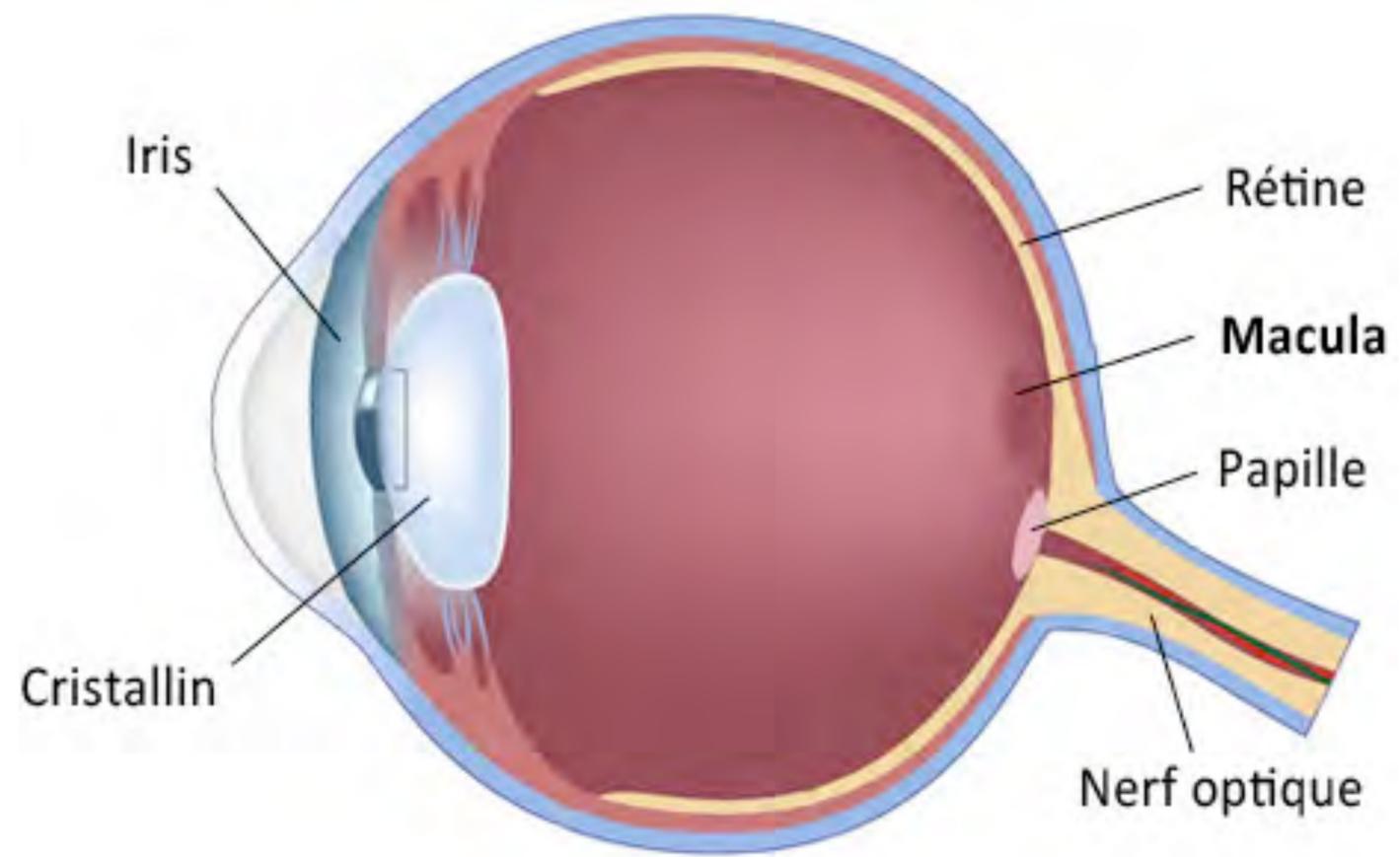
INFECTIONS INTRA OCULAIRES

géricco

GRUPE D'ÉPIDÉMILOGIE ET RECHERCHE EN INFECTIOLOGIE CLINIQUE CENTRE OUEST



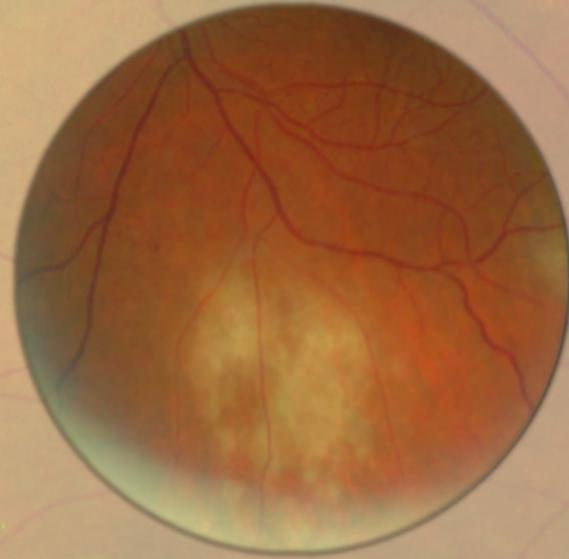
Dr ML LE LEZ
29 Mars 2019



Lymphome



Parasites



Virus

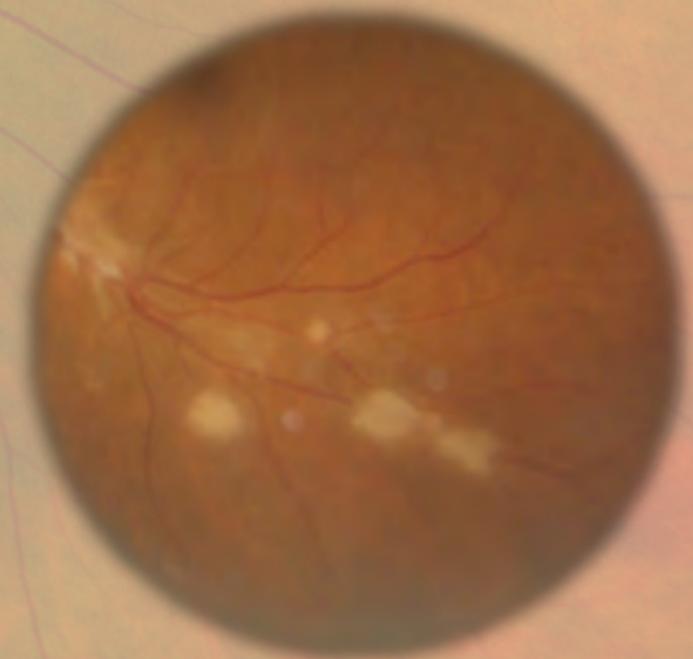


Champignons



Tache blanche ...

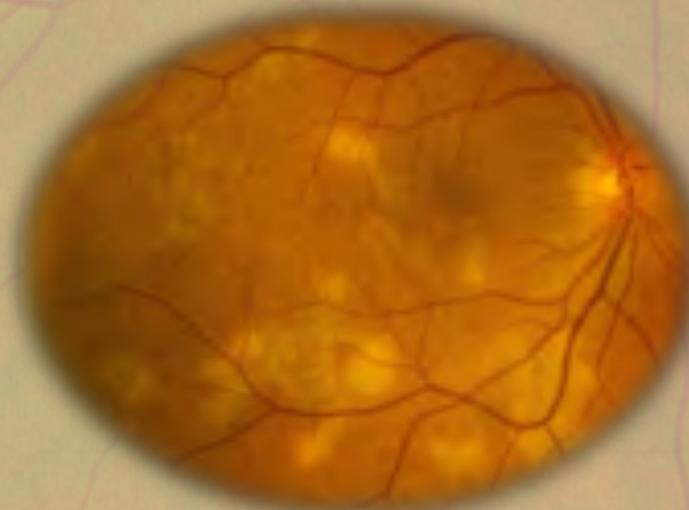
Sarcoïdose



Behçet



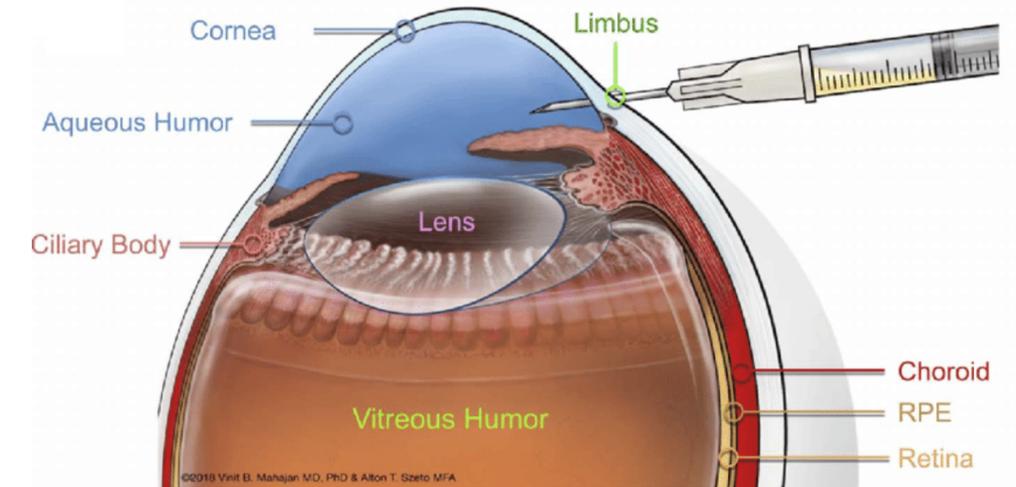
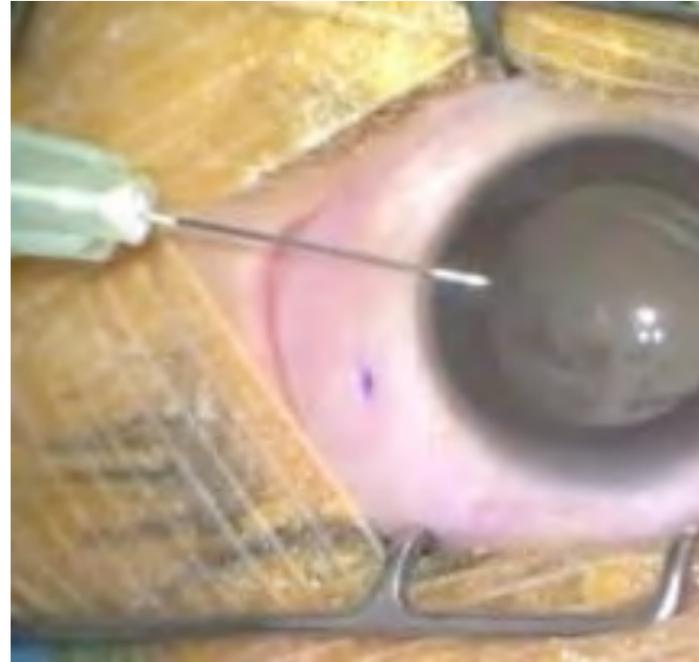
Bactéries



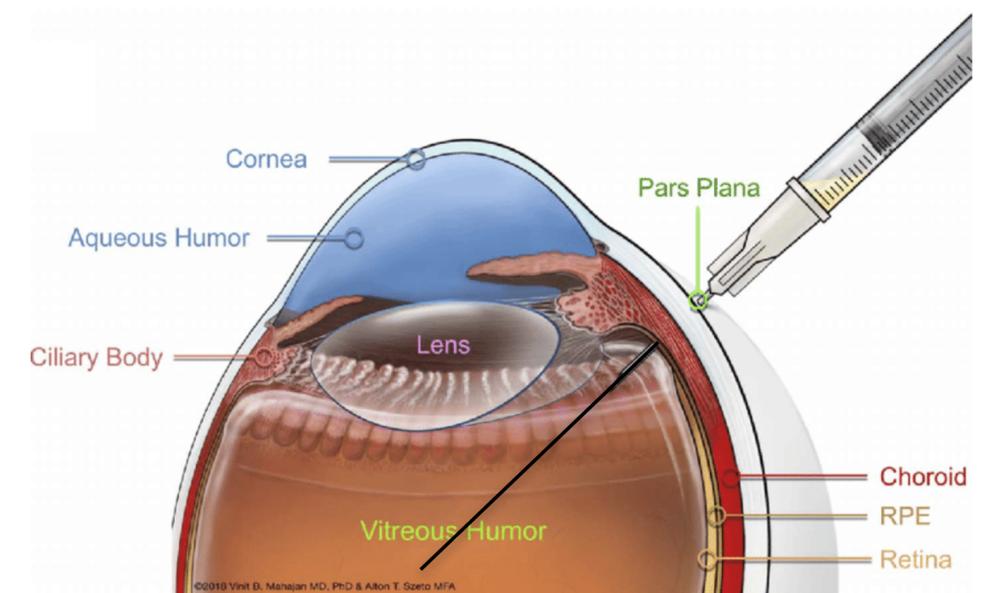
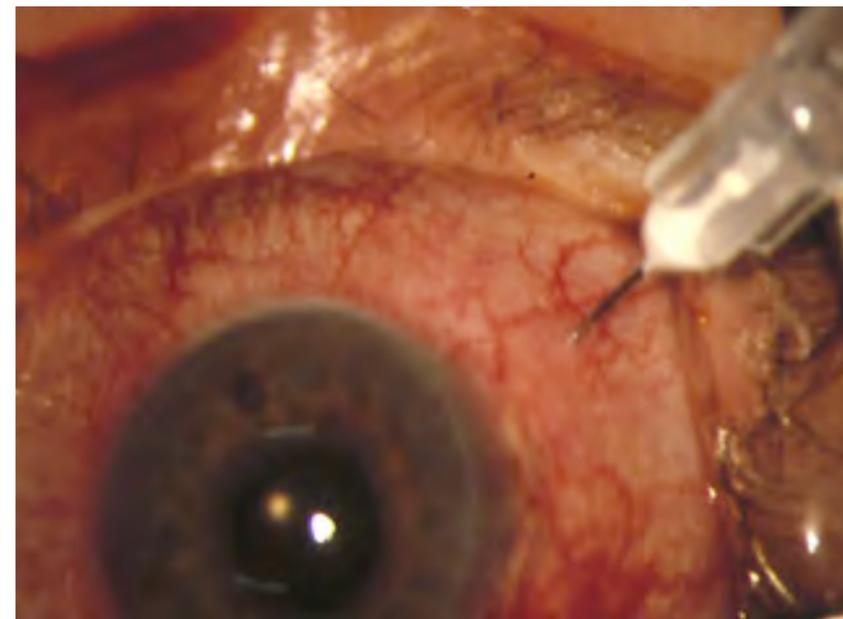
SPÉCIFICITÉS de l'OEIL

DIAGNOSTIQUES

Prélèvement
d'humeur aqueuse



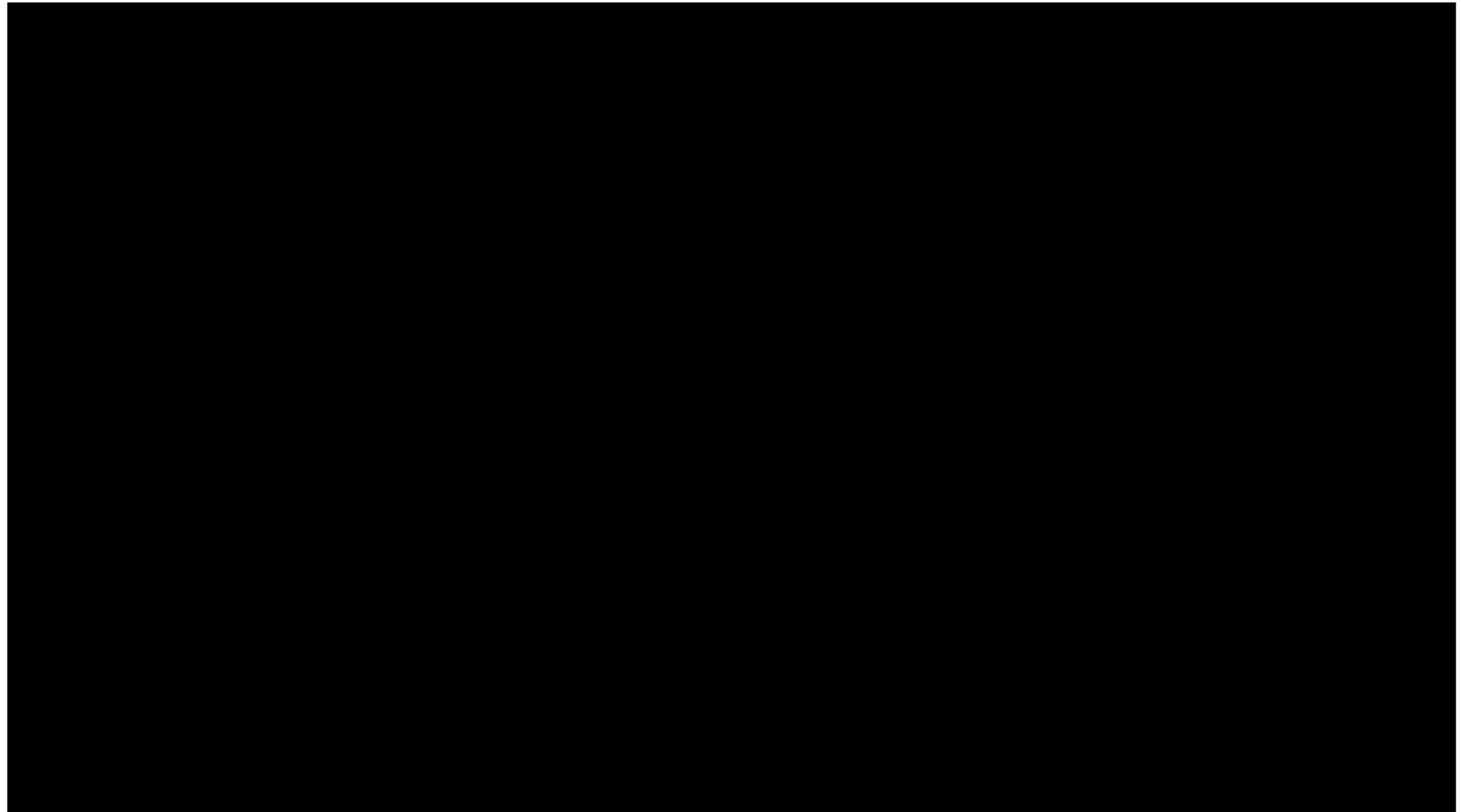
Prélèvement
du vitré



SPÉCIFICITÉS de l'OEIL

THÉRAPEUTIQUES

Injection intra vitrénne



PARASITES

BACTÉRIES

VIRUS

CHAMPIGNONS

TOXOPLASMOSE

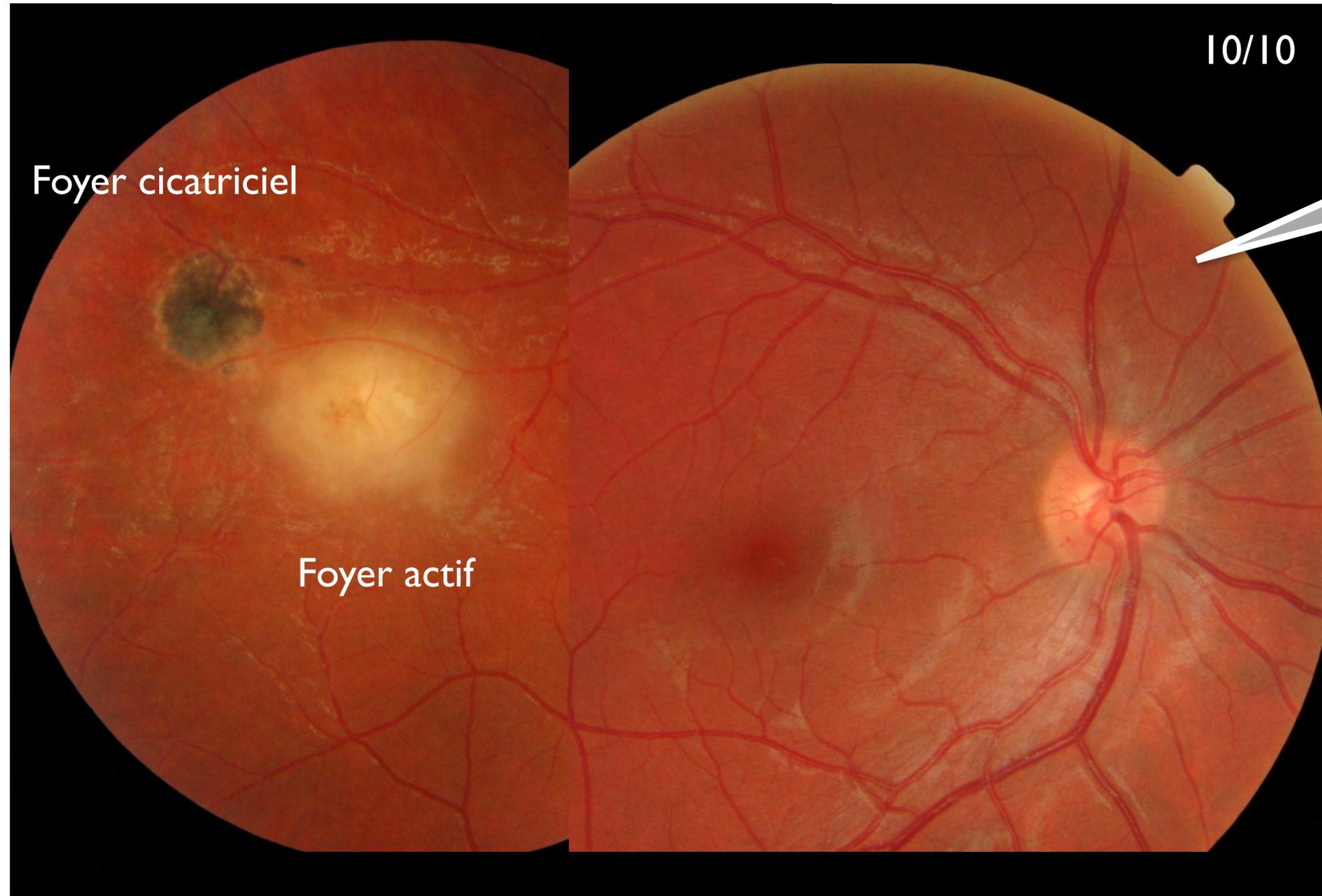




TOXOPLASMOSE CONGÉNITALE

Séro conversion 📍 examen du fond d'oeil :

- Naissance, 3 mois, 6 mois, 12 mois, 18 mois, 24 mois ,
- Puis tous les ans jusqu'à 1 an



Mme M, 20 ans
Myodésopsies

TOXOPLASMOSE ACQUISE

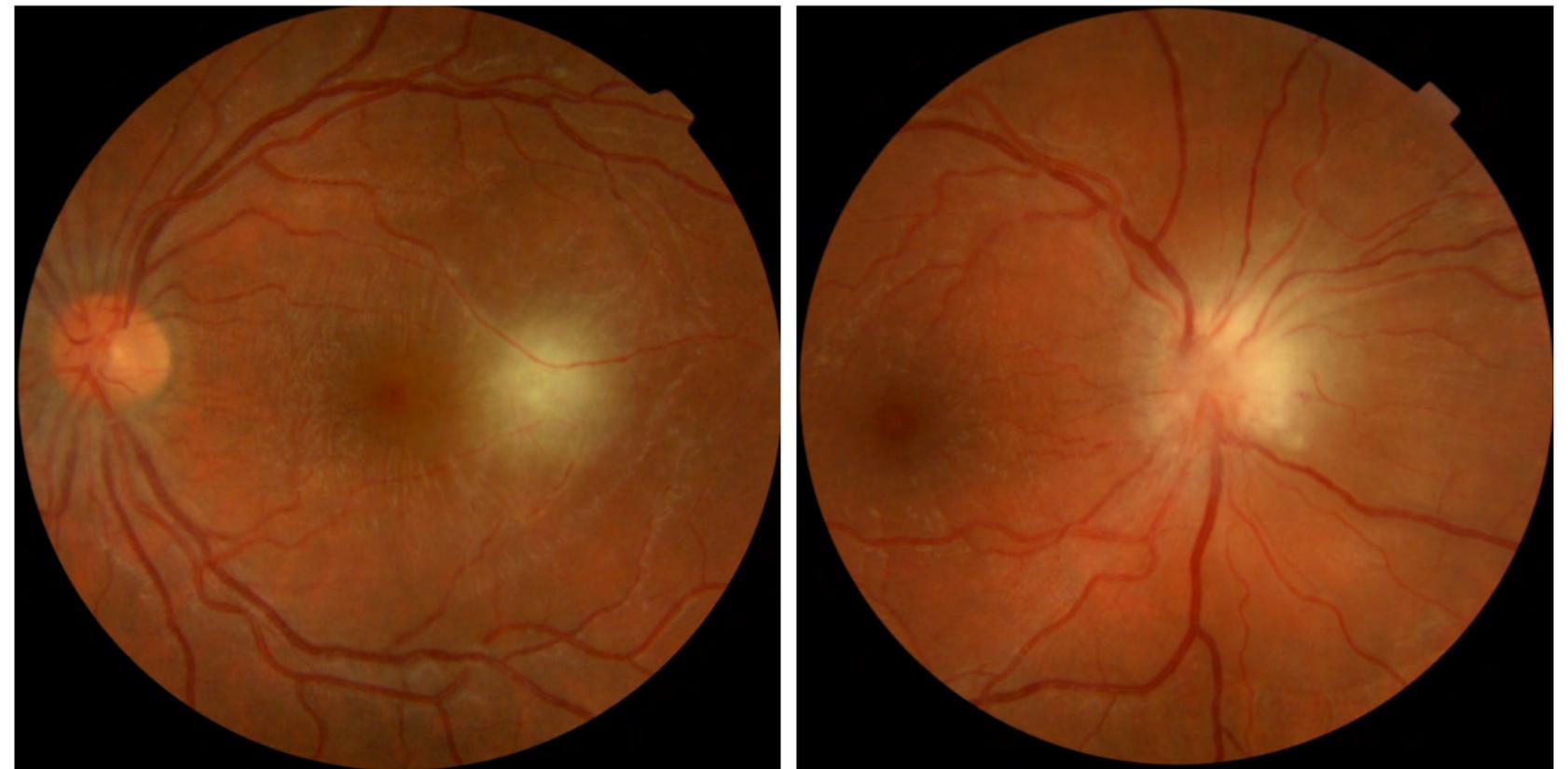
IMMUNO COMPÉTENT

CLINIQUE

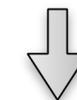


Typique

Foyer actif
+
Foyer cicatriciel



Pas typique



Prélèvement d'humeur aqueuse

TRAITEMENT

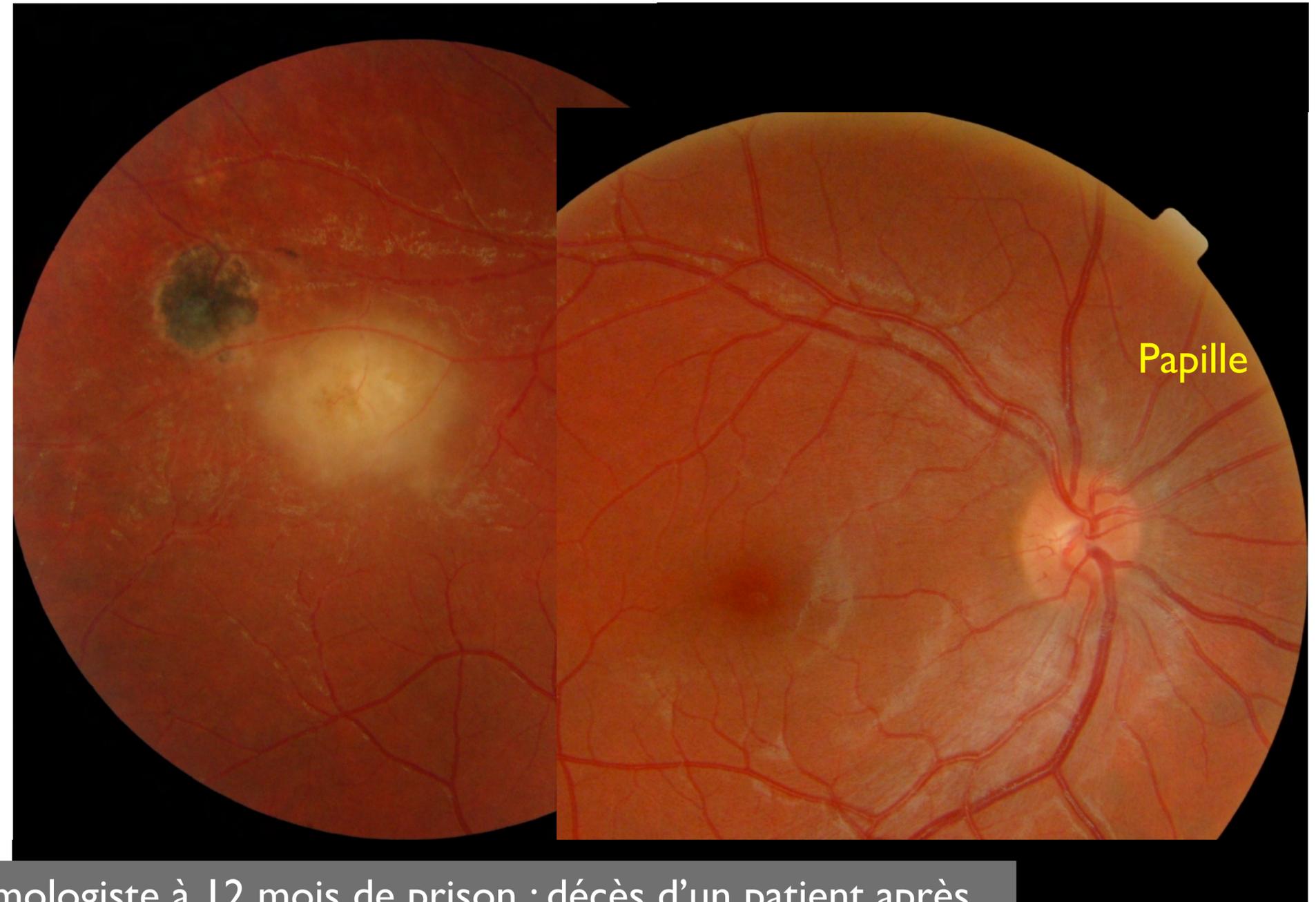
1) AZITHROMYCINE 250 mg/j

Ou SULFADIAZINE 2 cp x 4/j

2) PYRIMÉTHAMINE 50 mg/j

3) ACIDE FOLINIQUE 5 mg/j

**3 à 4 semaines par surface
papillaire**



Condamnation ophtalmologiste à 12 mois de prison : décès d'un patient après erreur de prescription 8 cp de PYRIMETHAMINE

TRAITEMENT

AZITHROMYCINE 250 mg/j

PYRIMÉTHAMINE 50 mg/j

ACIDE FOLINIQUE 5 mg/j

—
**3 à 4 semaines par surface
papillaire**



Examen initial



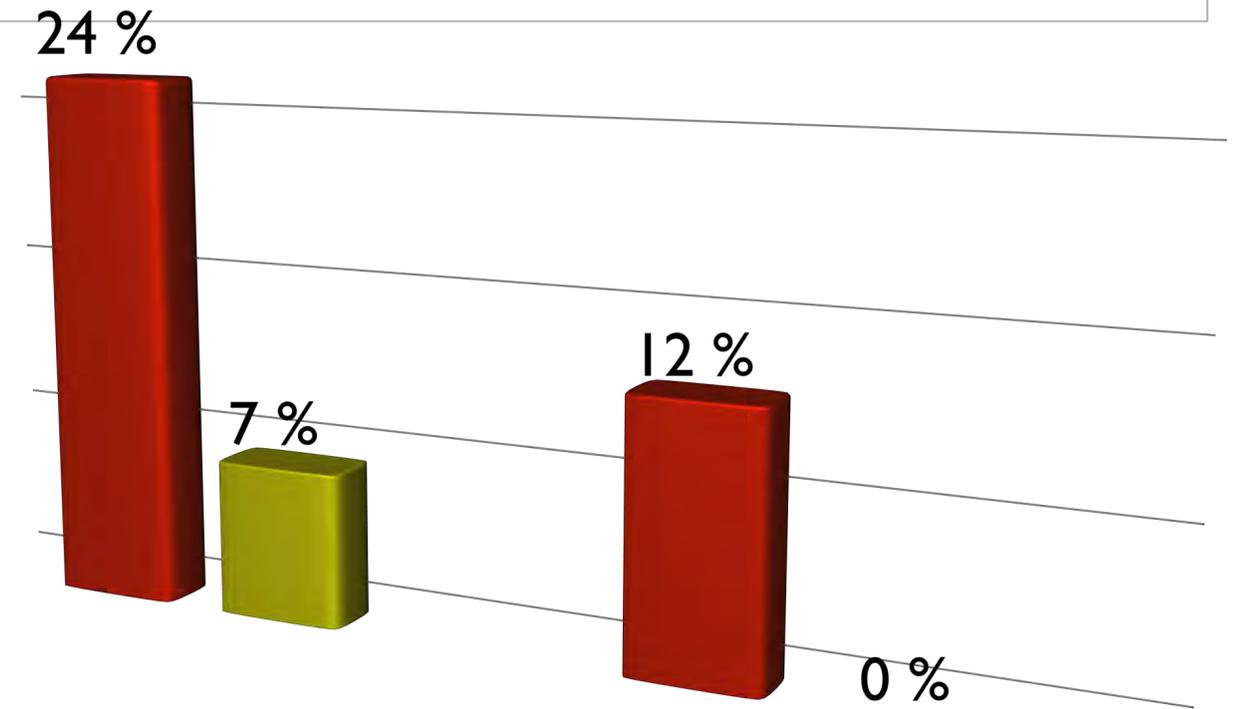
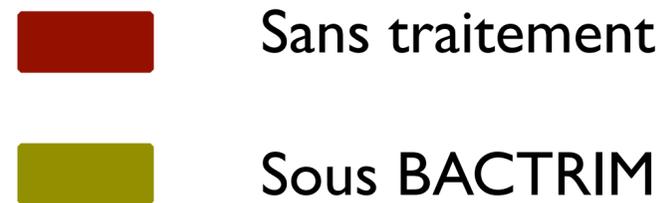
A 3 semaines du traitement

Récidives **21% la 1^{ère} année - 50% à 3 ans**



Traitement préventif des récurrences ?

- Sulfaméthoxazole + Triméthoprim **BACTRIM®**



1 cp / 3 jours (1)

1 cp / 2 jours (2)

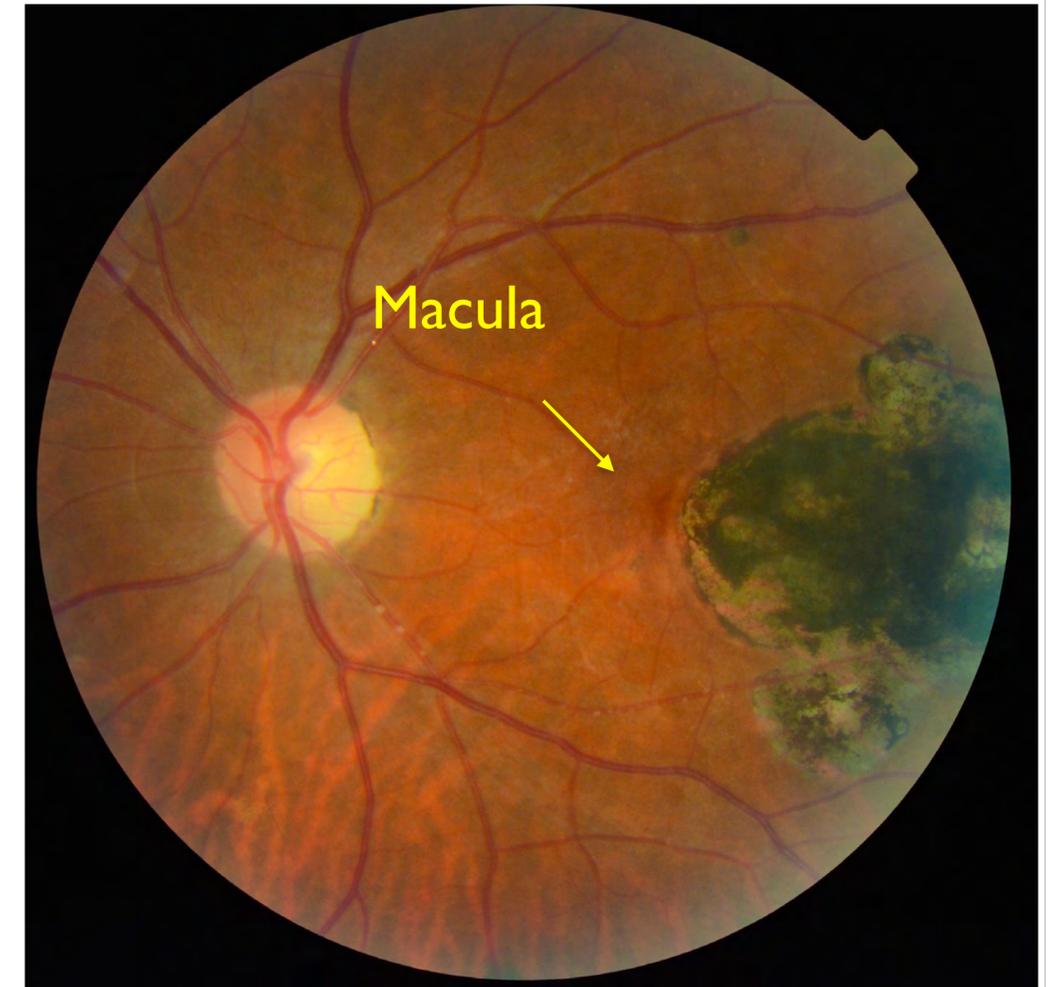
(1) Silveira et al. Am J Ophthalmol 2002

(2) Felix et al. Am J Ophthalmol 2014

Vision normale

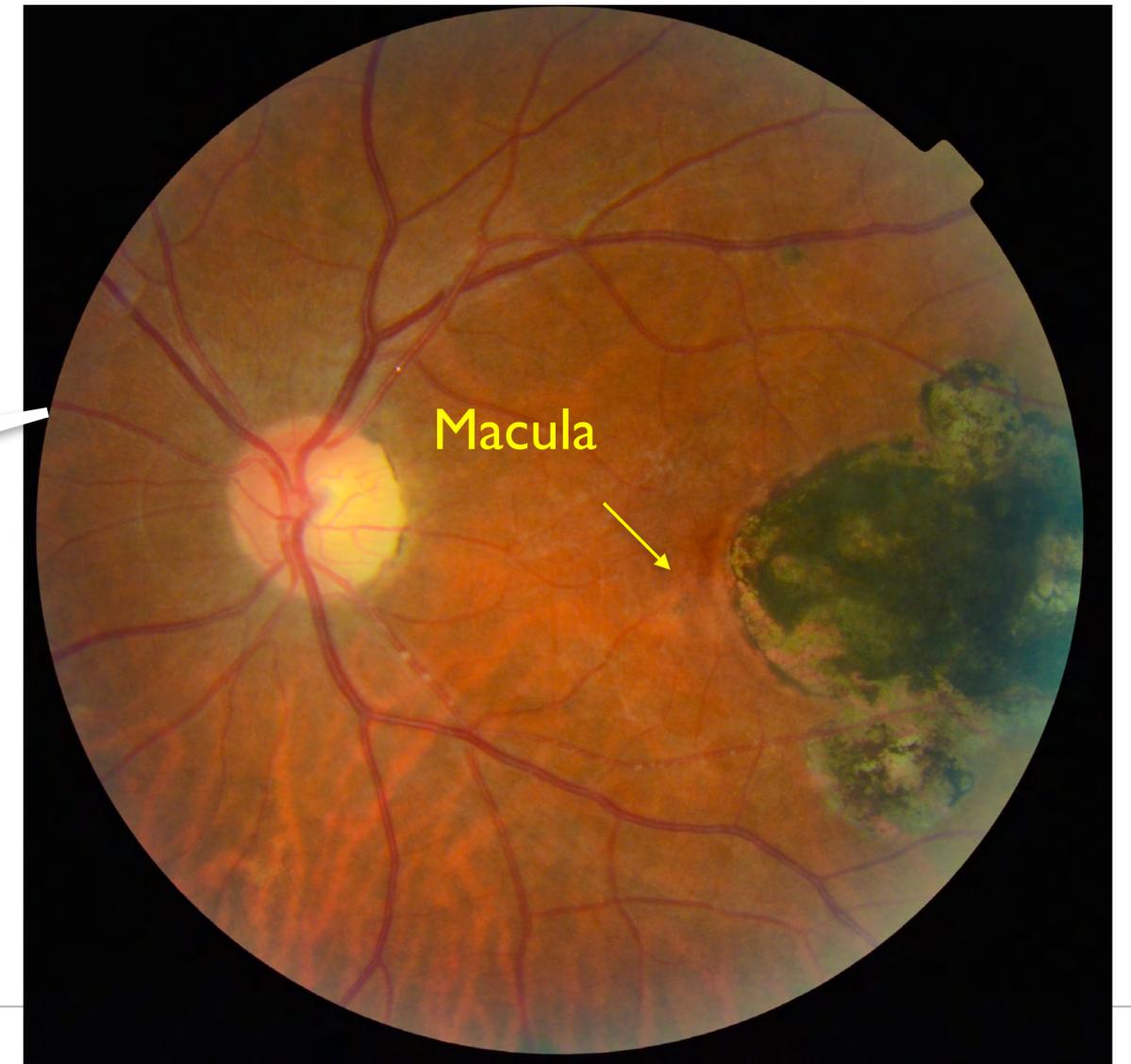


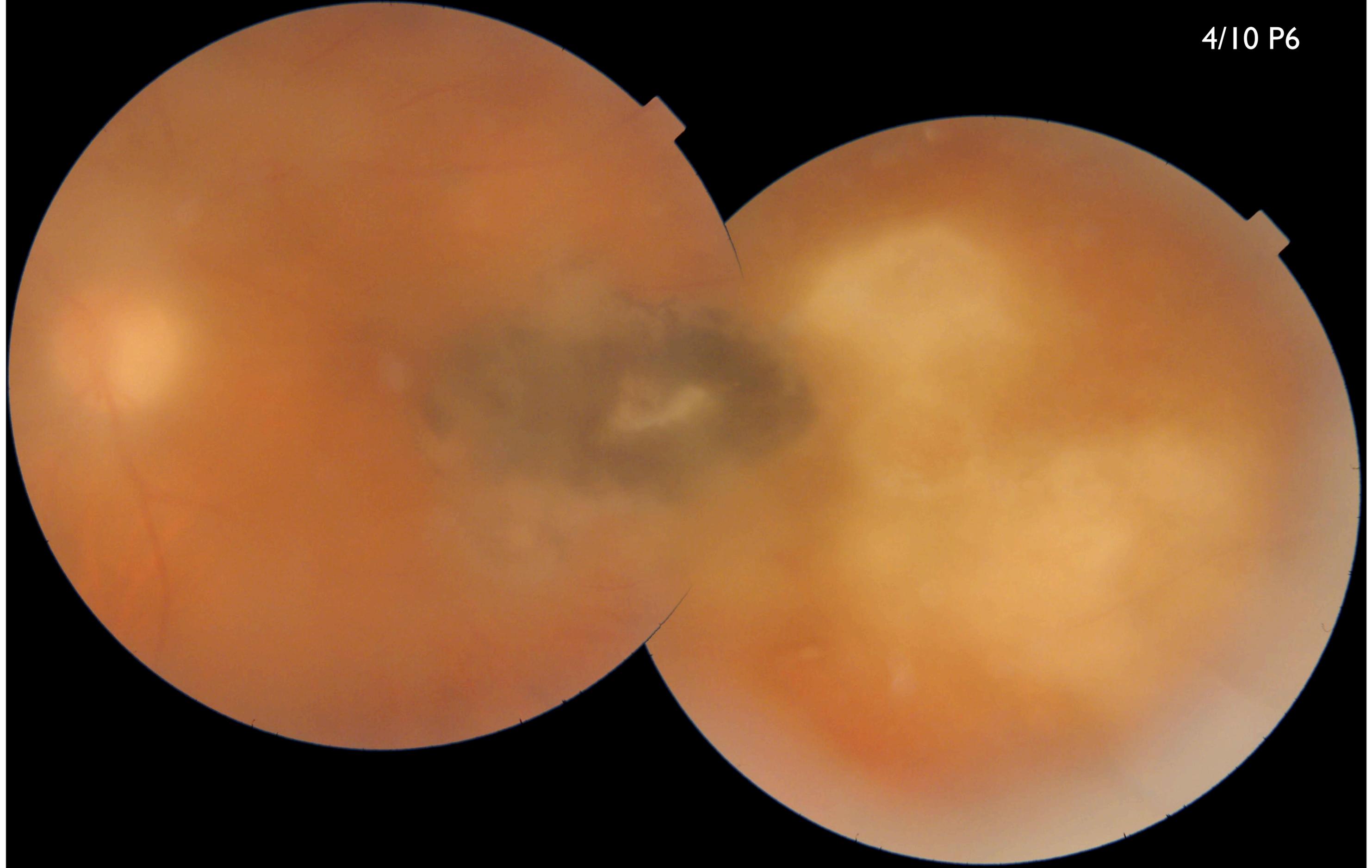
Vision de la patiente



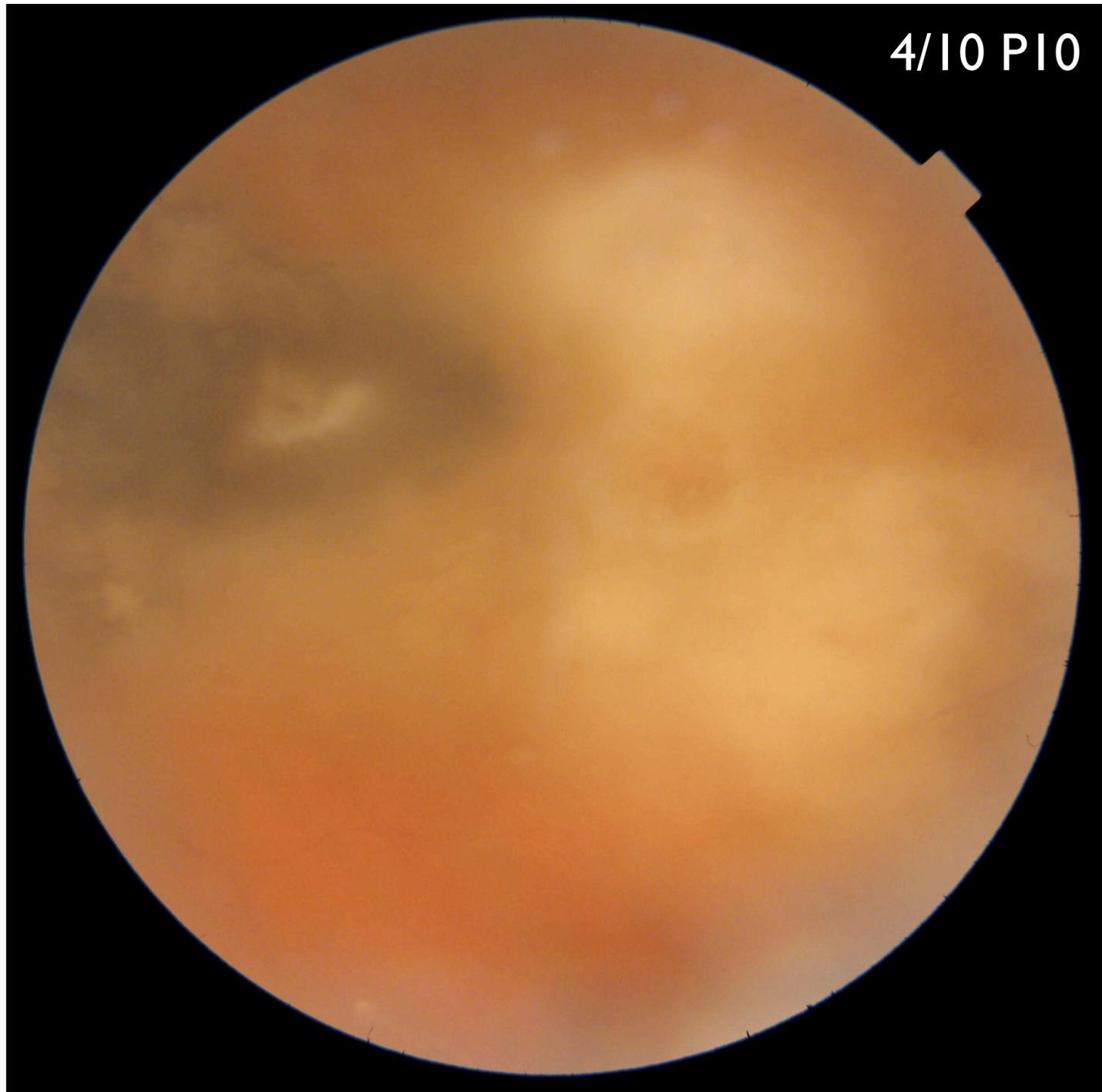
TOXOPLASMOSE ACQUISE IMMUNO DÉPRIMÉ

Mme G 50 ans
Sd des Ac anti phospholipides et veineux,
Probable lupus associé
Purpura thrombopénie



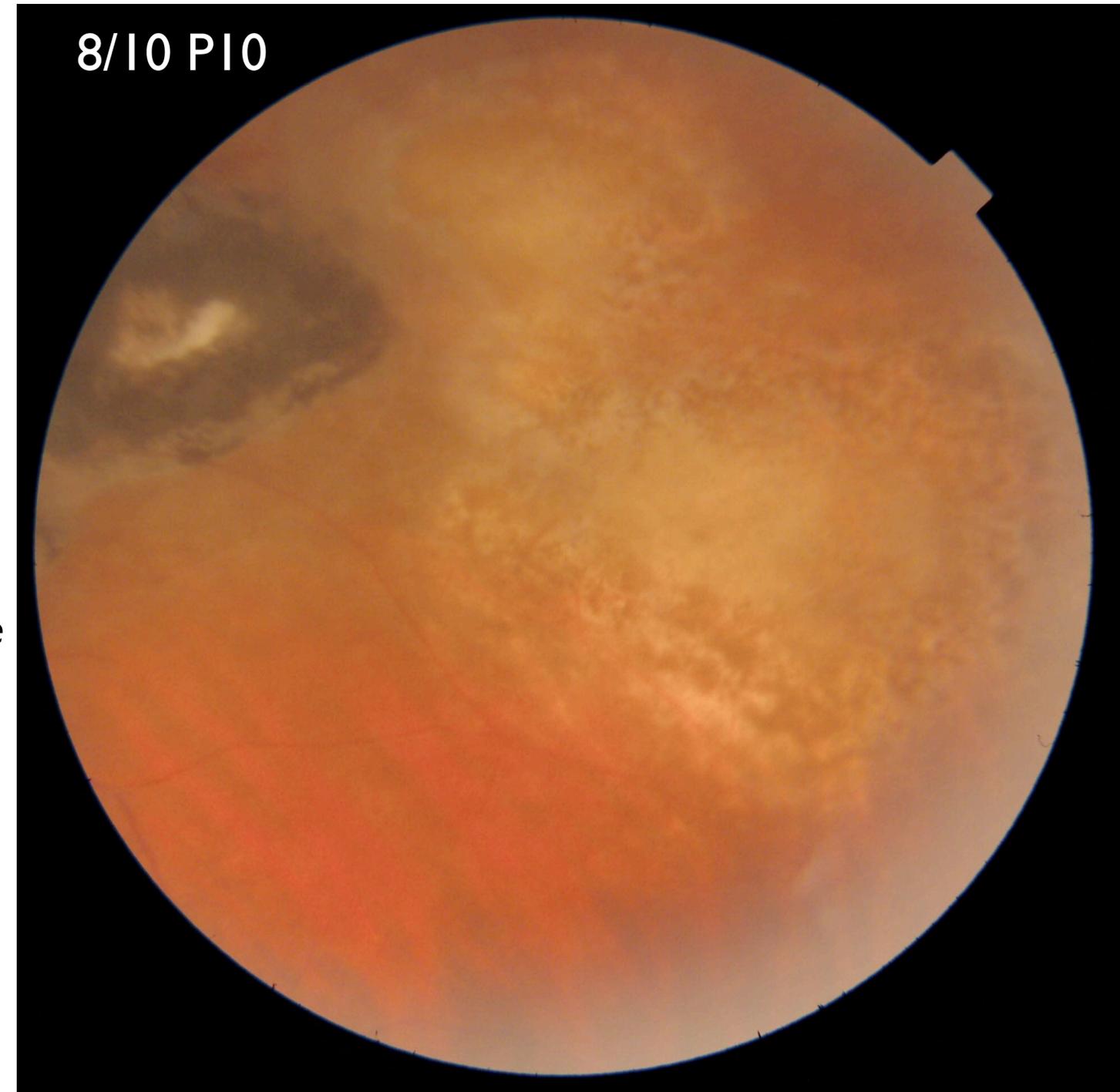


Avant injection intra vitrénne



Clindamycine
Béthamétasone
(Célestène®)

Après injection intra vitrénne





Message

TOXOPLASMOSE ACQUISE IMMUNO COMPÉTENT

Diagnostic : clinique

En général : prise en charge OPH

PARASITES

BACTÉRIES

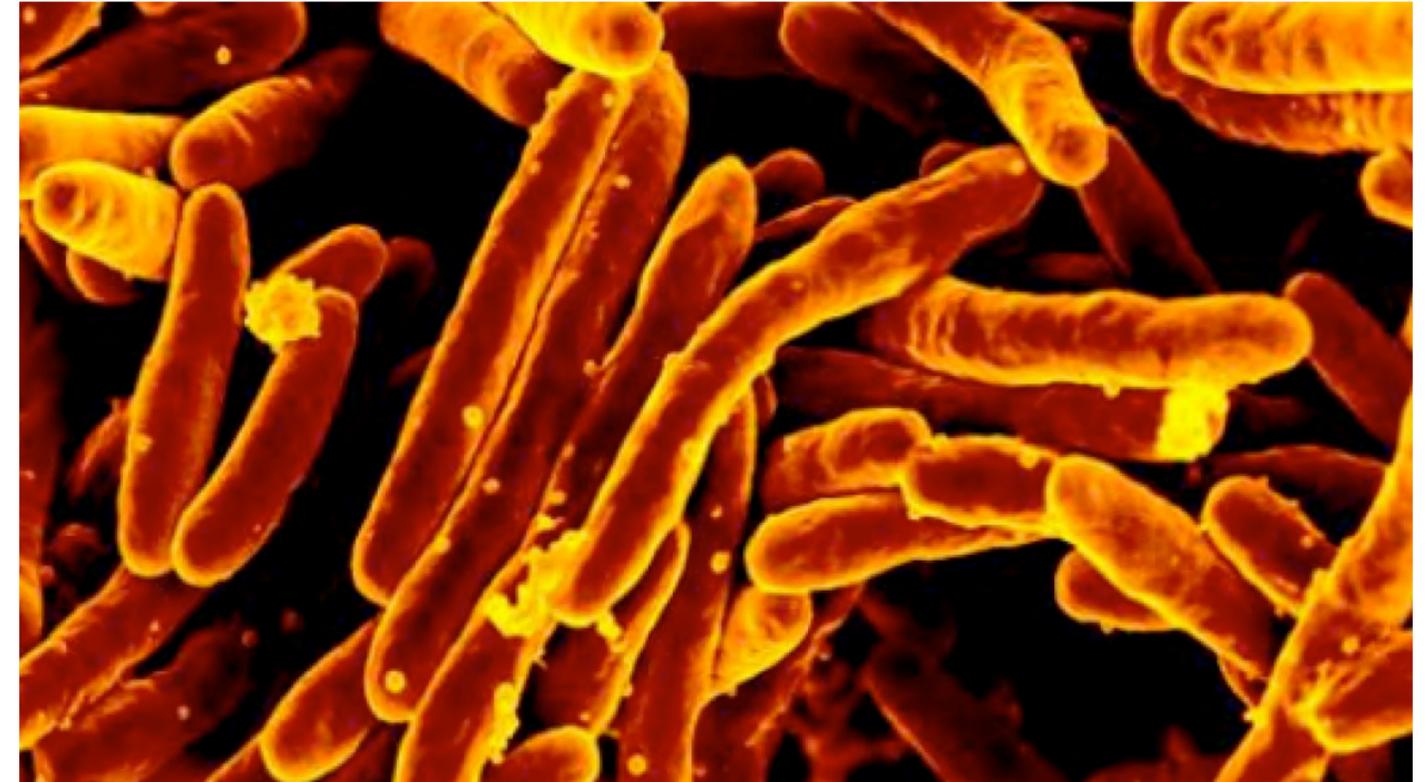
VIRUS

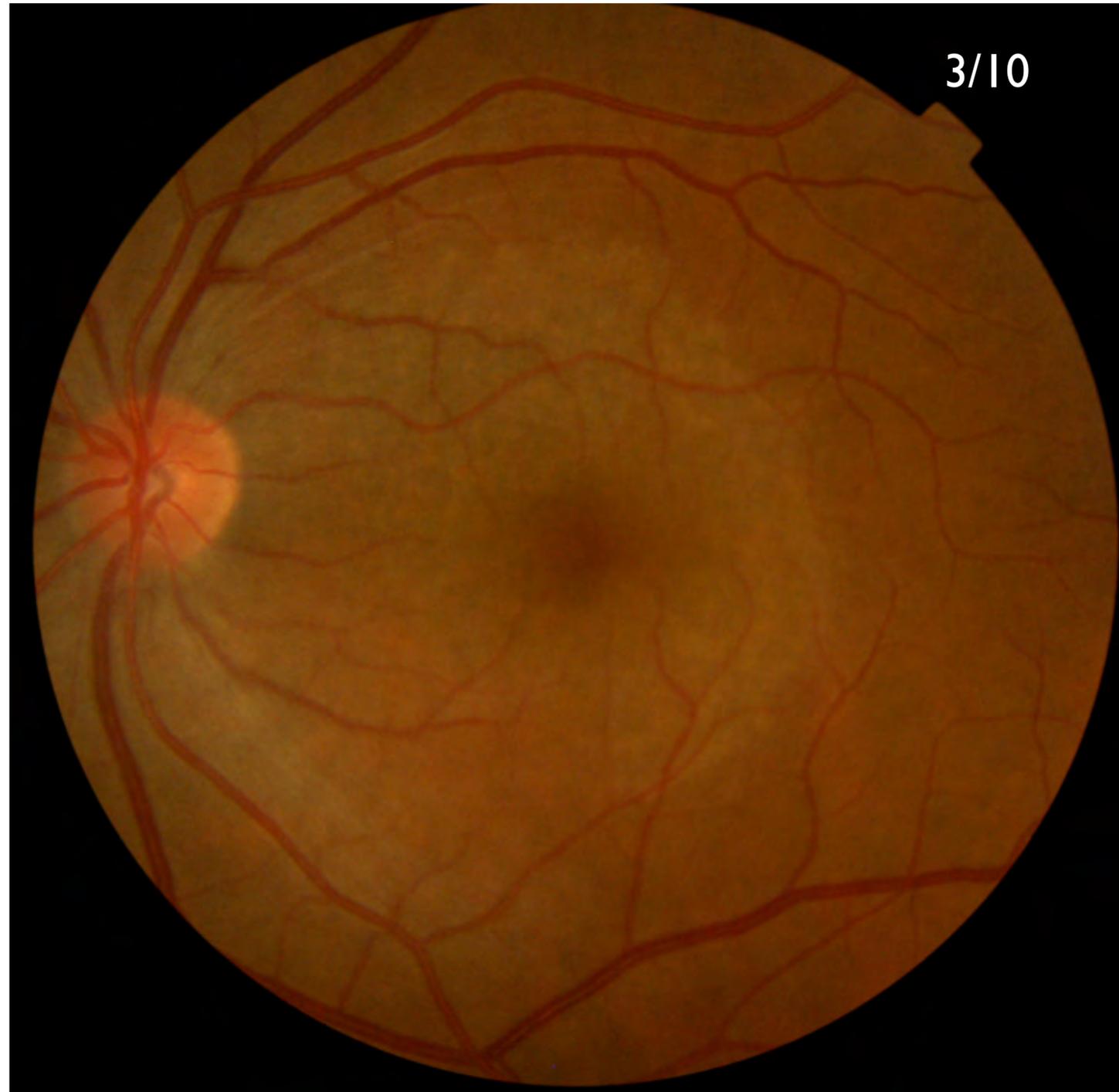
CHAMPIGNONS

SYPHILIS



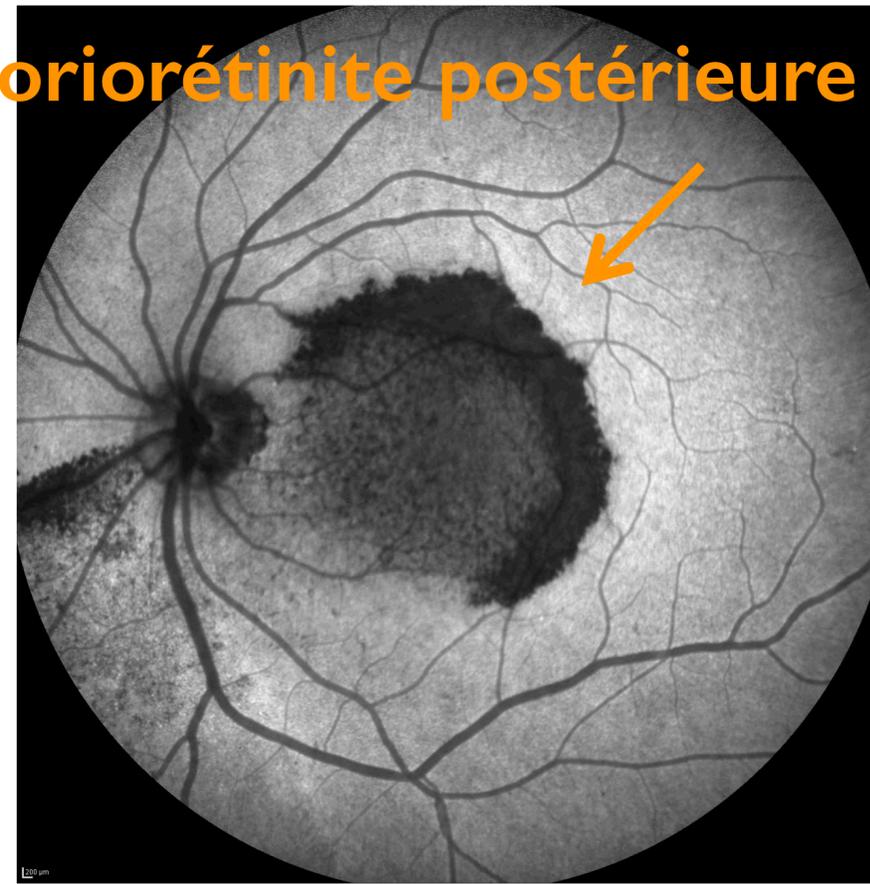
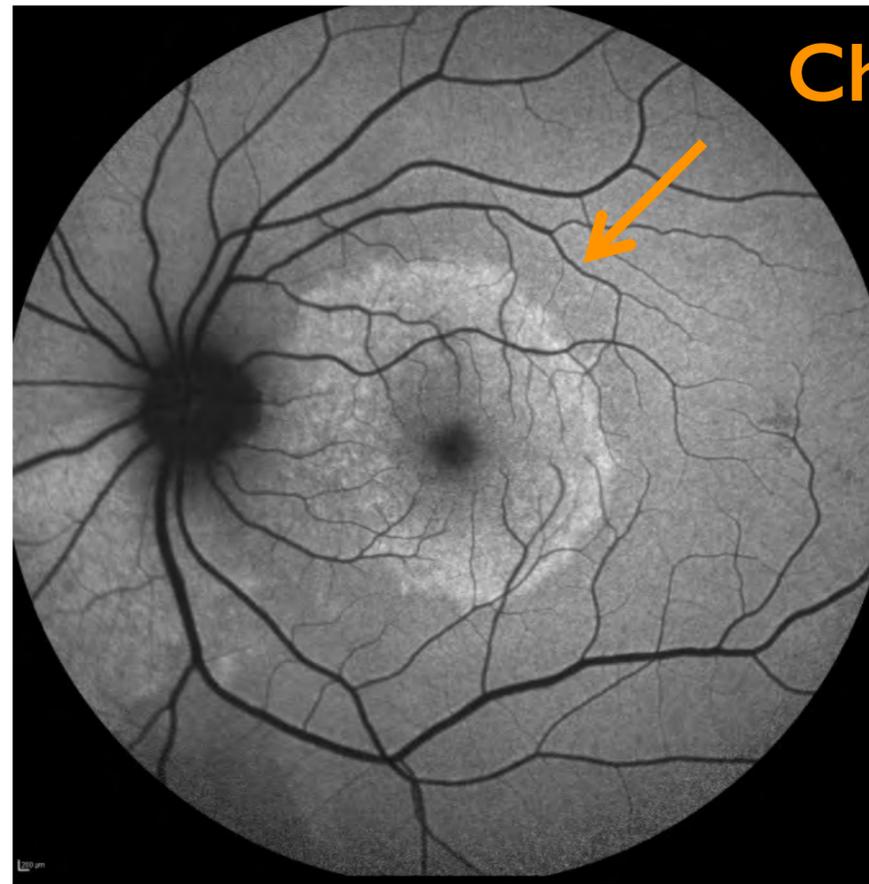
TUBERCULOSE





M. L - 44 ans
Baisse visuelle depuis 15 jours

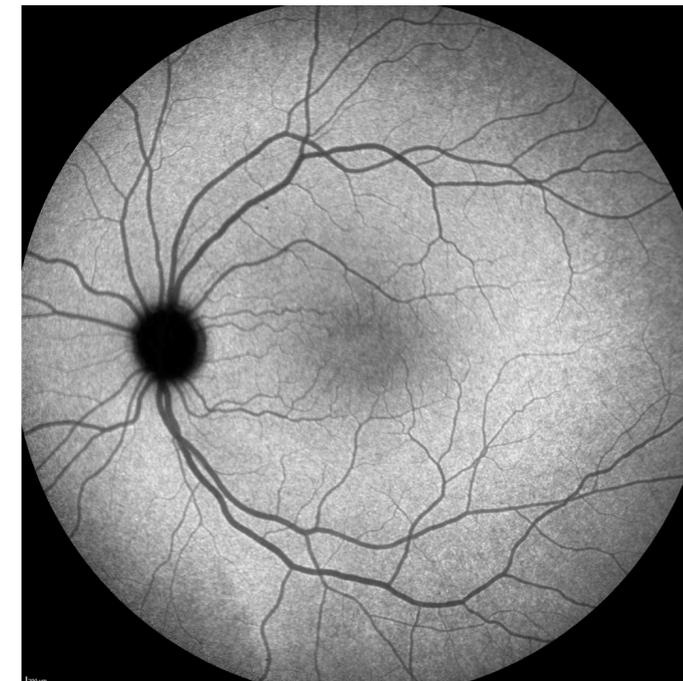
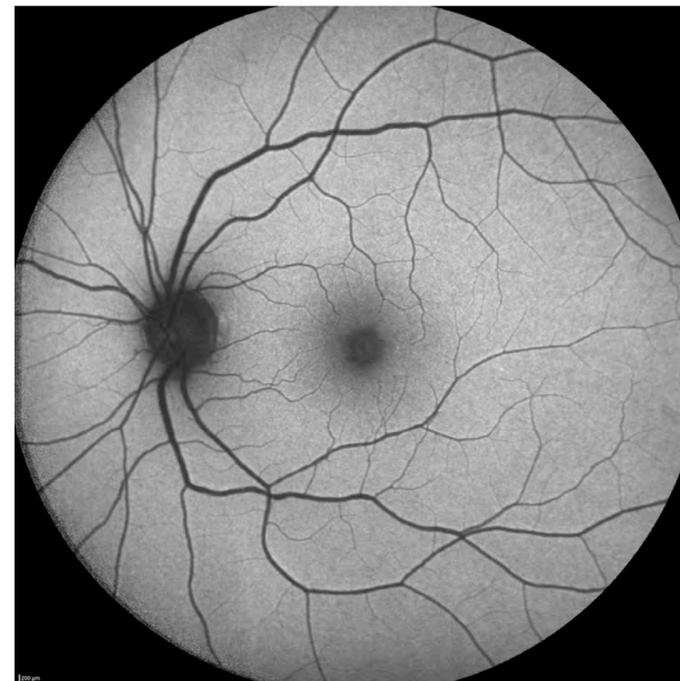
Choriorétinite postérieure en plaque

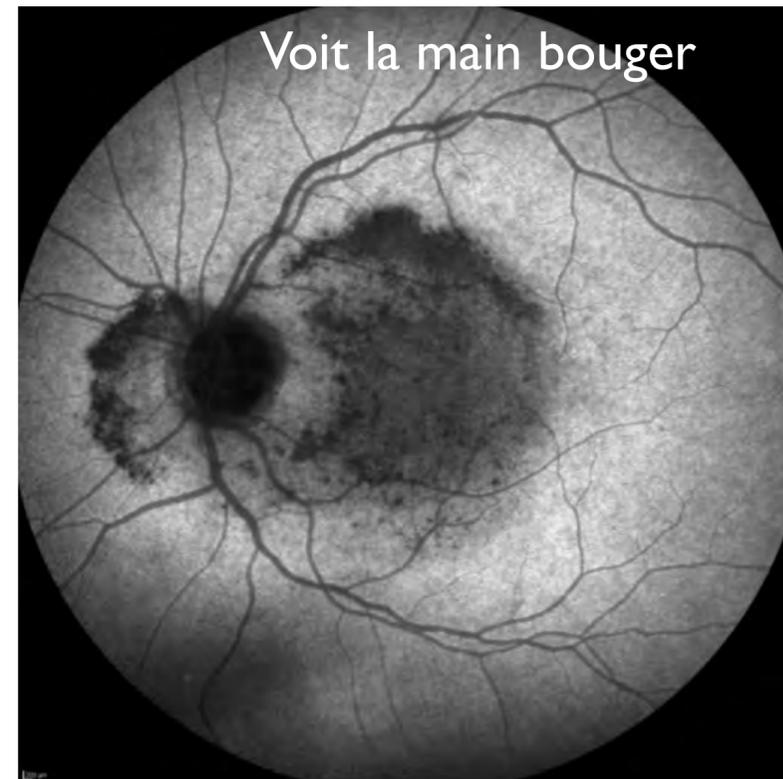
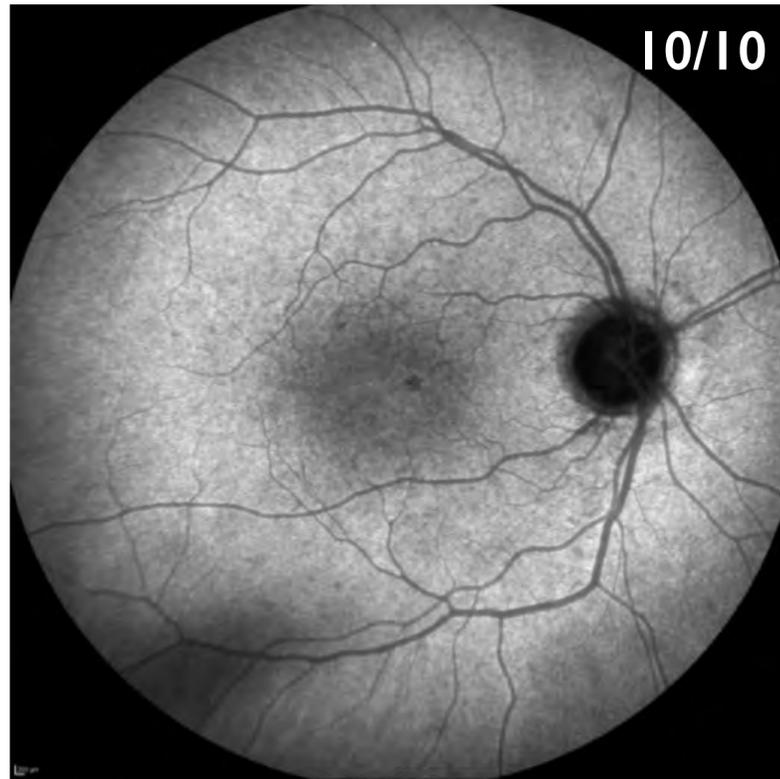


Cliché en auto fluorescence
(sans injection de produit de contraste)

Angiographie après injection
d'indocyanine

Clichés normaux

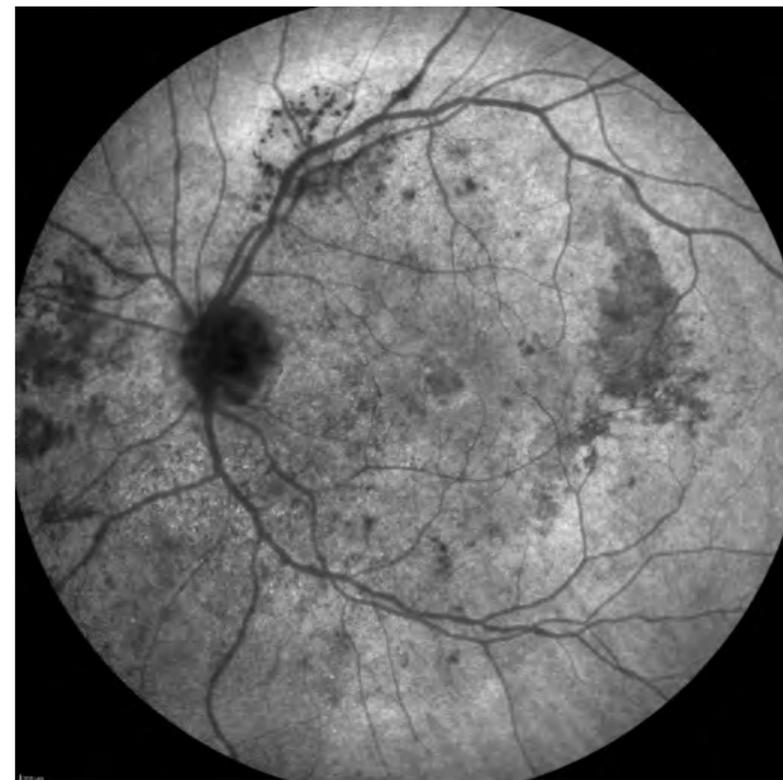
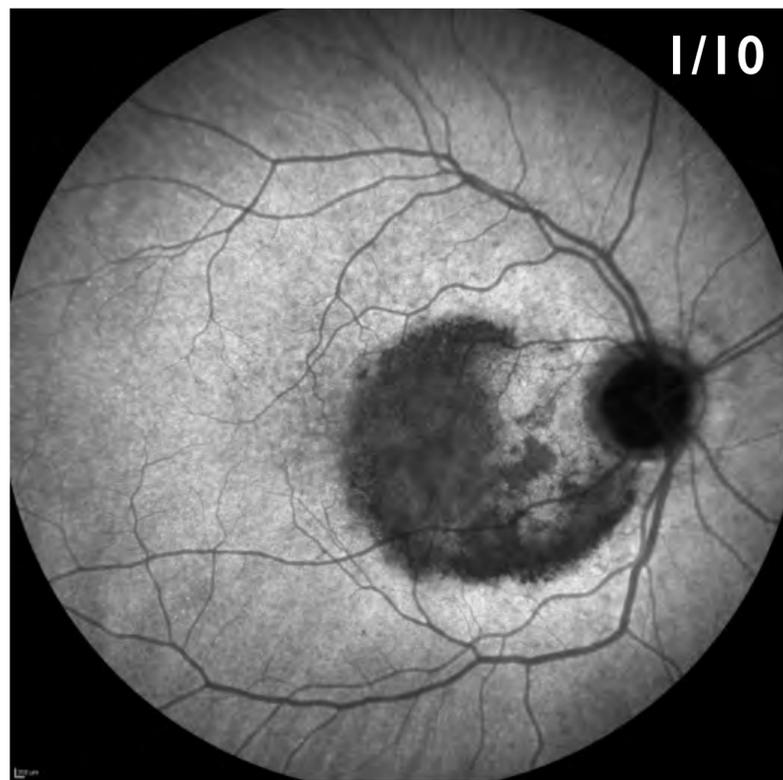
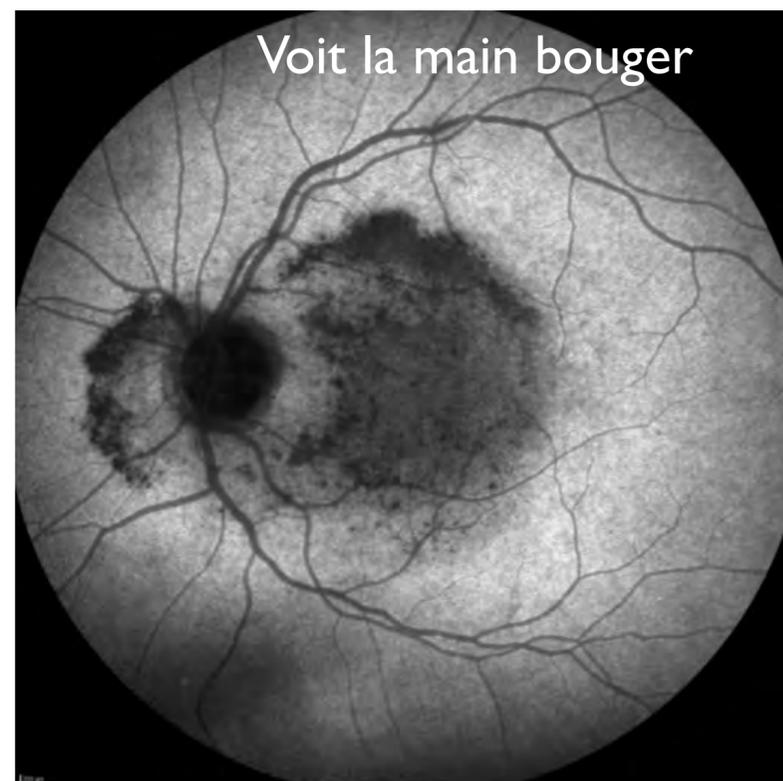
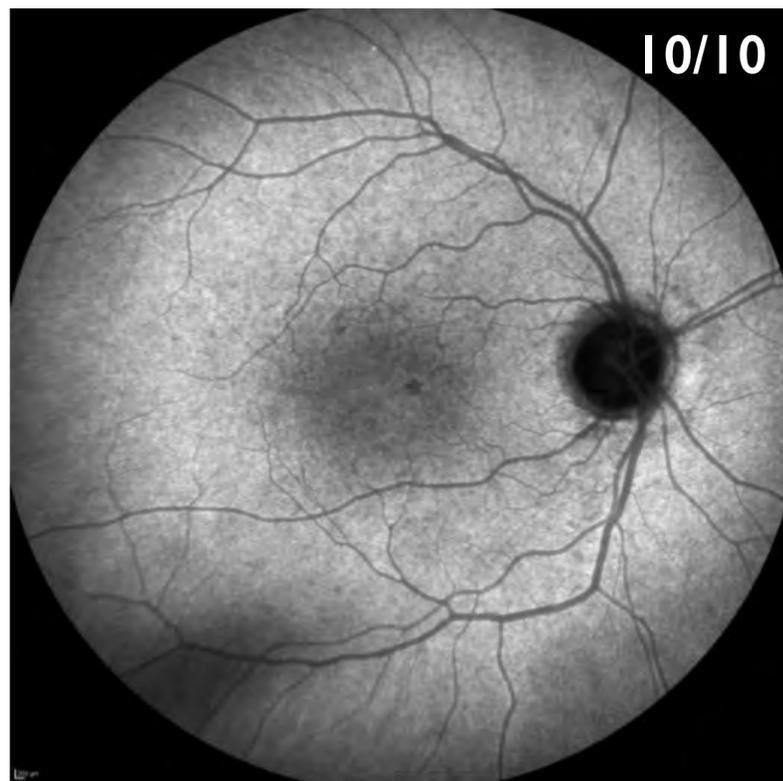




M. D - 50 ans
Baisse visuelle gauche
depuis 8 jours

Injoignable ...

Non traité !

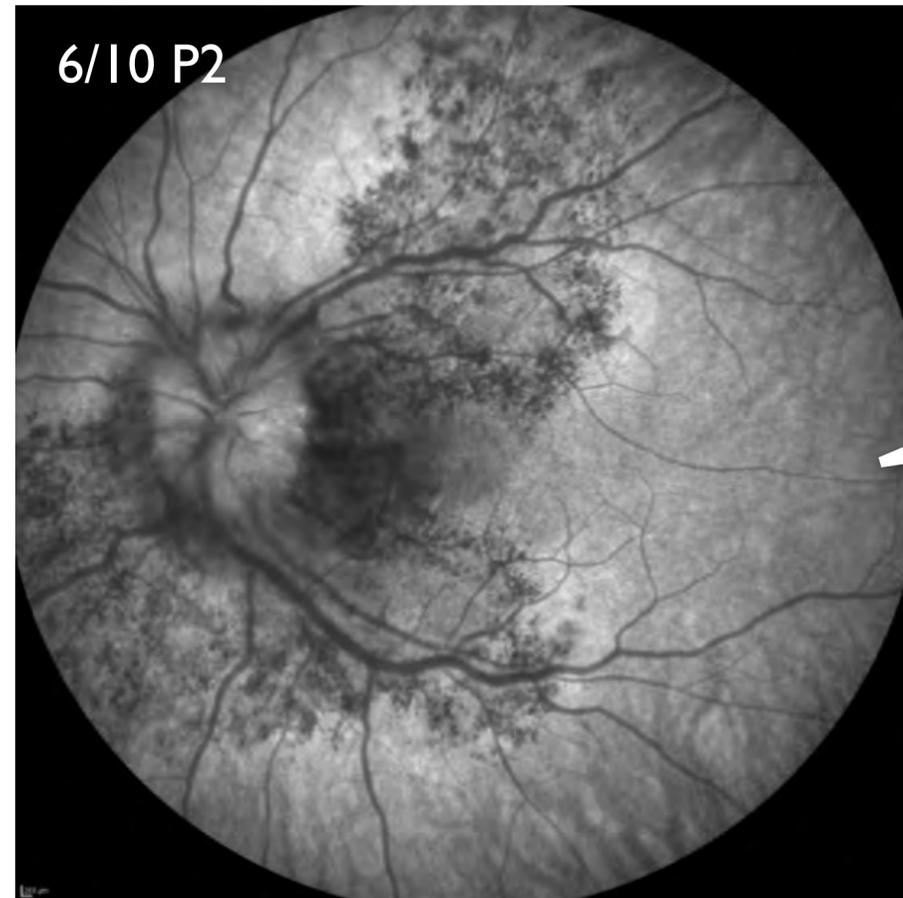
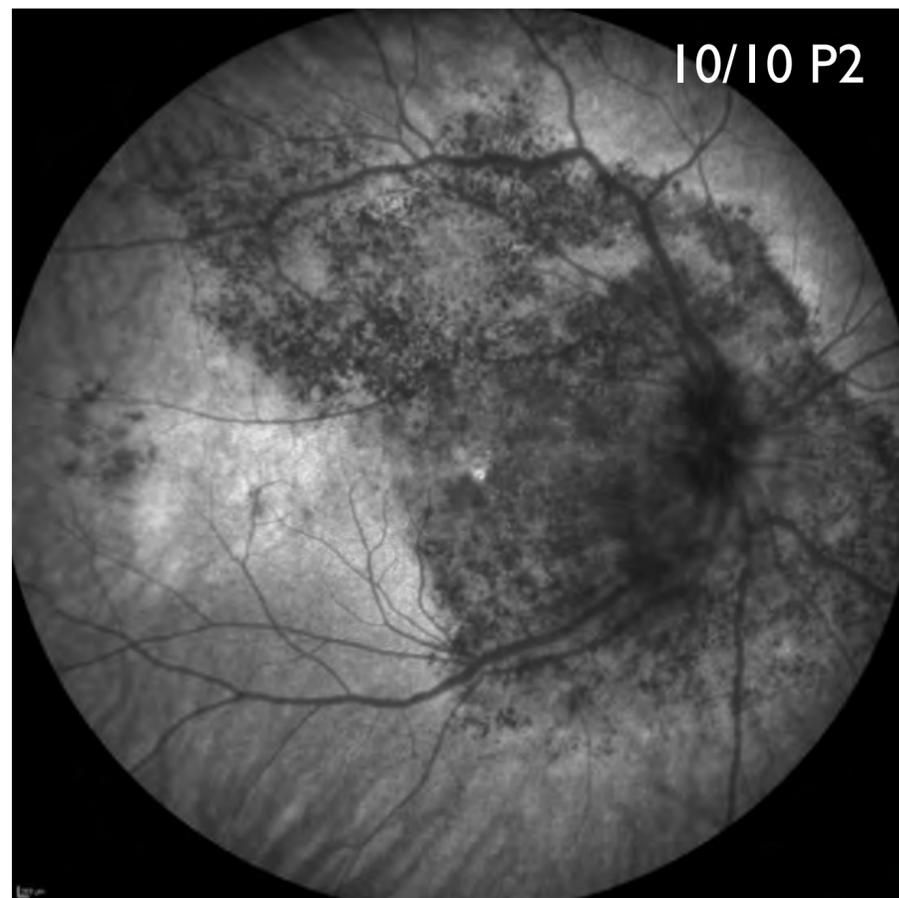


M. D - 50 ans
Baisse visuelle gauche
depuis 8 jours

Injoignable ...

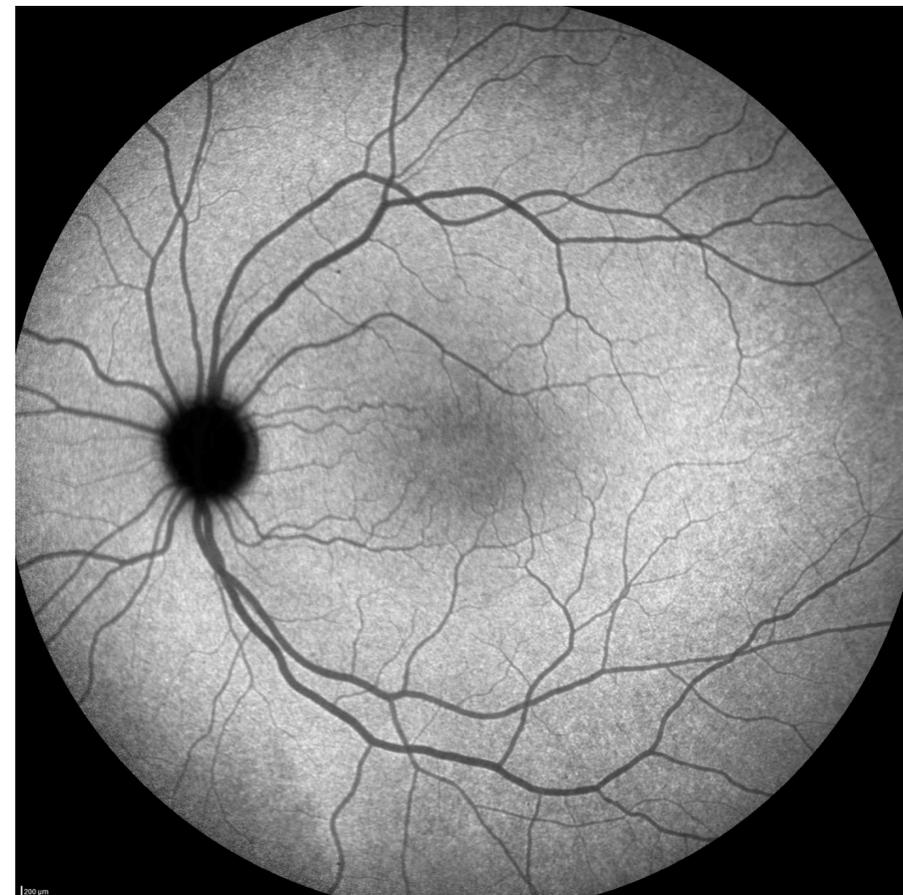
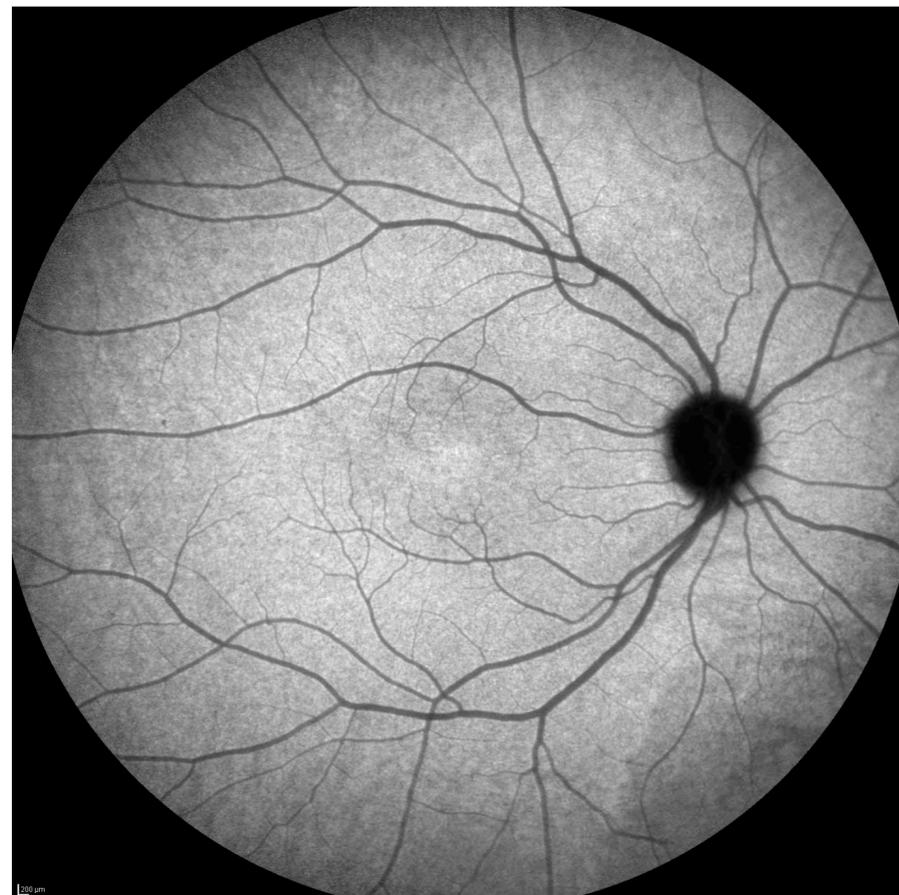


« La pénicilline ? Pas assez moderne !!! »



M. H -
Baisse visuelle gauche
depuis 8 jours

Syphilis :
oeil droit aucun symptôme



Clichés normaux



M. O - 24 ans
Baisse visuelle depuis 15 jours



Message

Clinique : forme typique // atypique

Biologie : sérologie

Prise en charge conjointe avec médecine infectieuse

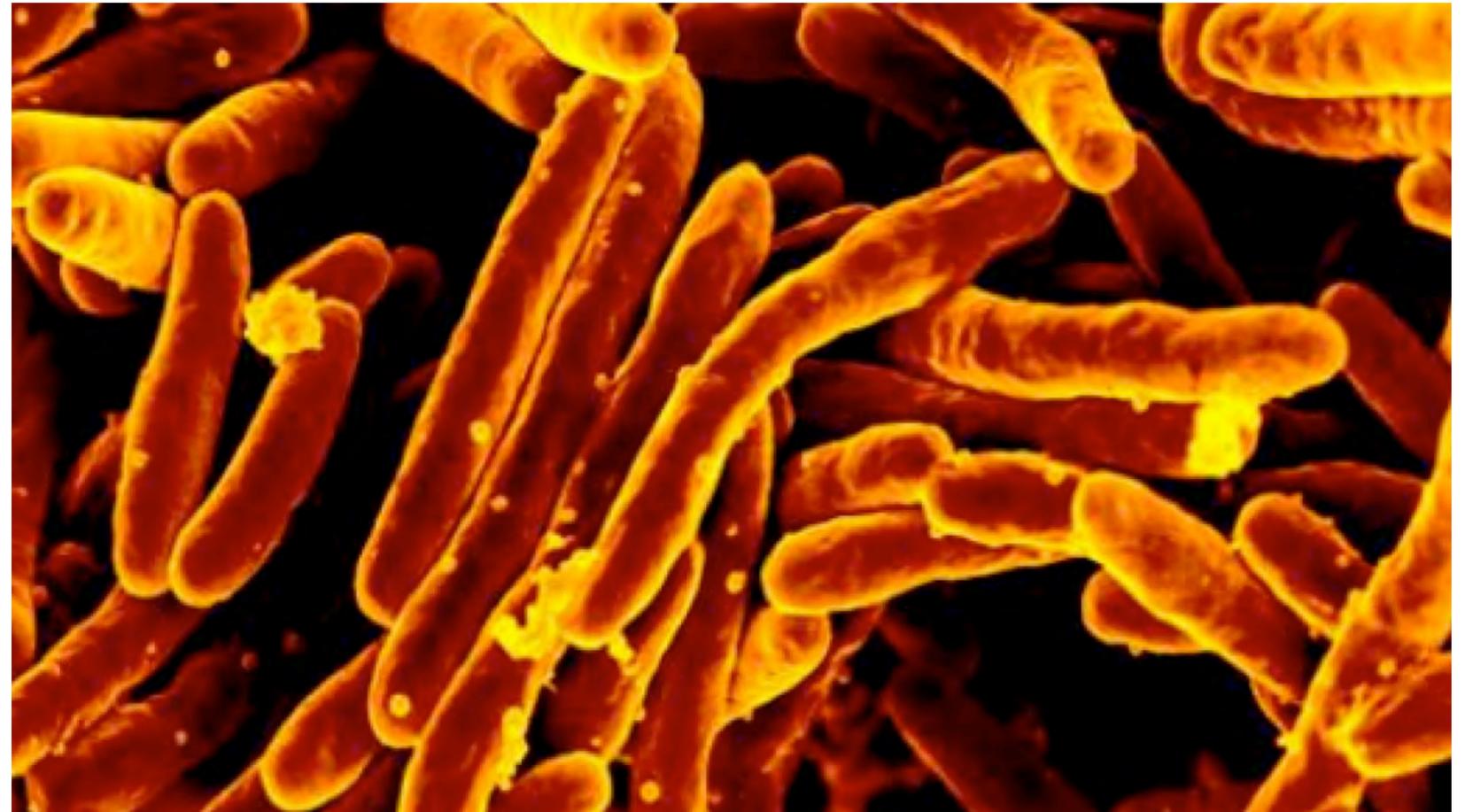
PARASITES

BACTÉRIES

VIRUS

CHAMPIGNONS

TUBERCULOSE



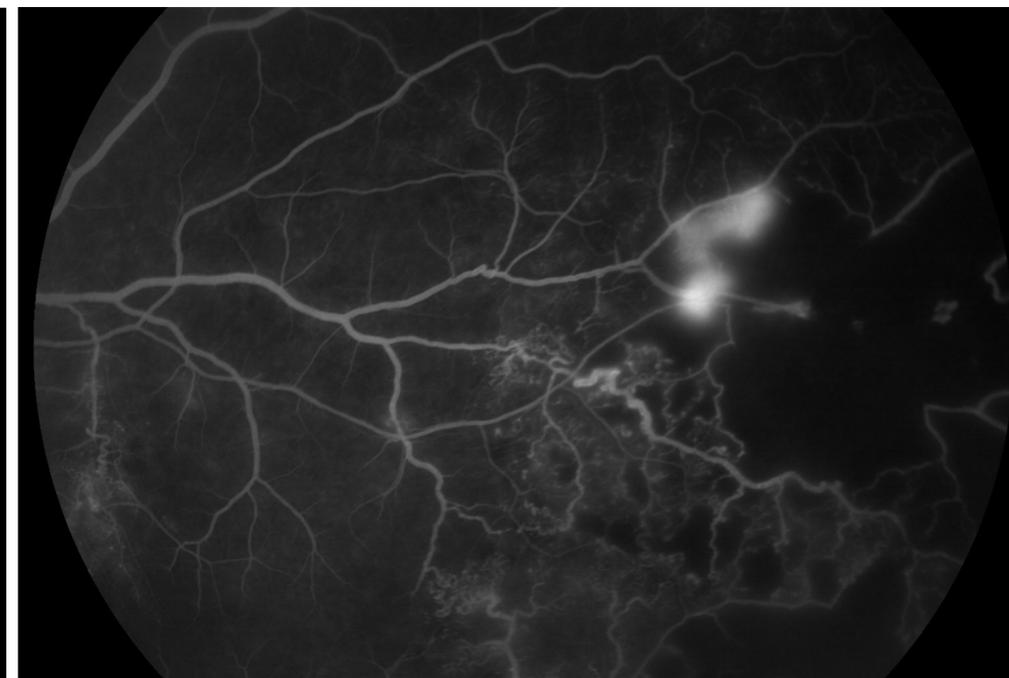
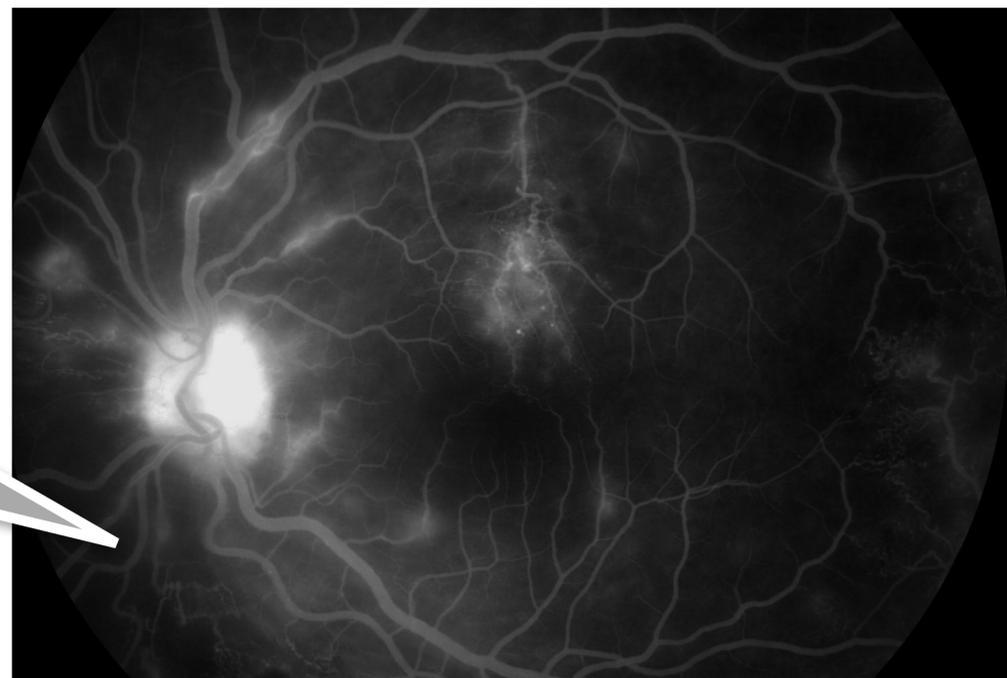
TUBERCULES CHOROÏDIENS
de BOUCHUT

Manifestation **la plus commune** des uvéites postérieures TB

- TB miliaire : 28%
- TB généralisée : 83%



Mme - 20 ans
Baisse visuelle gauche
depuis 2 mois



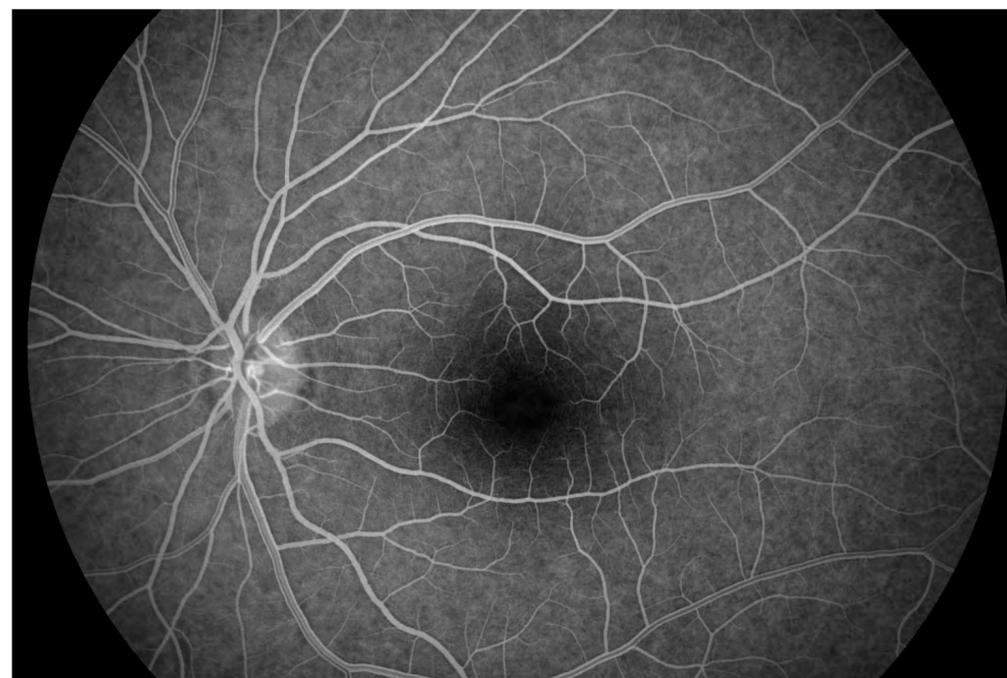
Autres symptômes ?

- Amaigrissement récent 10 kg
- Adénopathie axillaire gauche, depuis 2 mois

En France depuis 5 ans, **originaire du Gabon**

Père :

- Tuberculose il y a 3 ans



Angiographie normale

Mme - 20 ans
Baisse visuelle gauche
depuis 2 mois

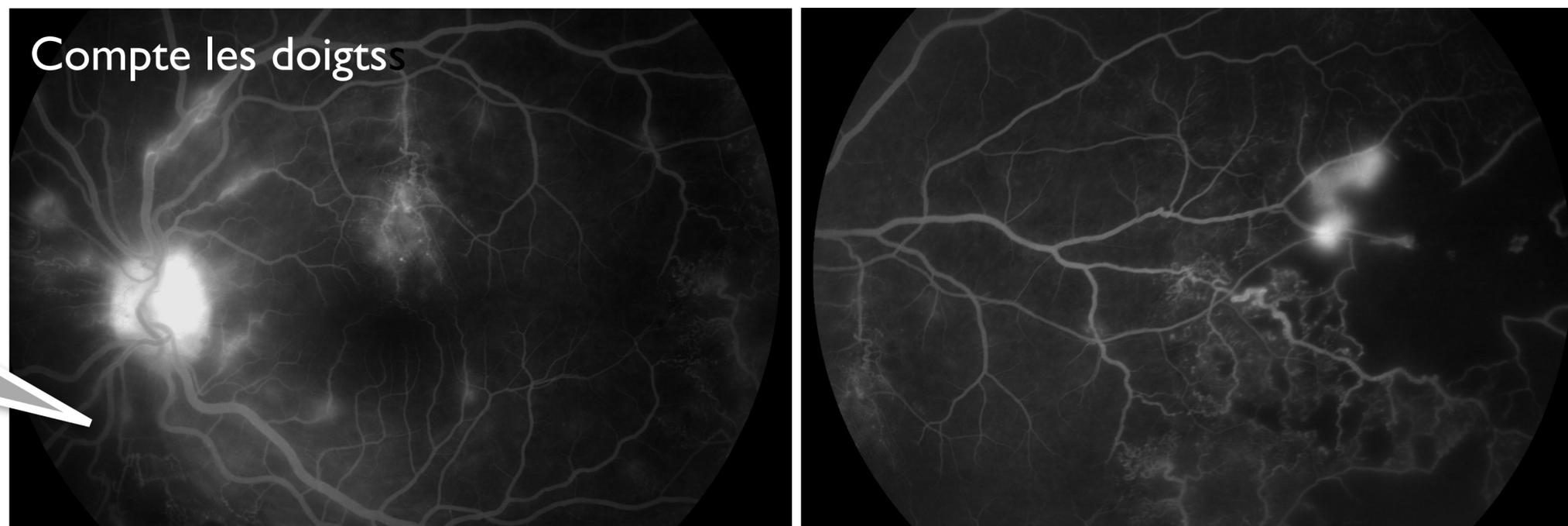
Autres symptômes ?

- Amaigrissement récent 10 kg
- Adénopathie axillaire gauche, depuis 2 mois

En France depuis 5 ans, **originaire du Gabon**

Père :

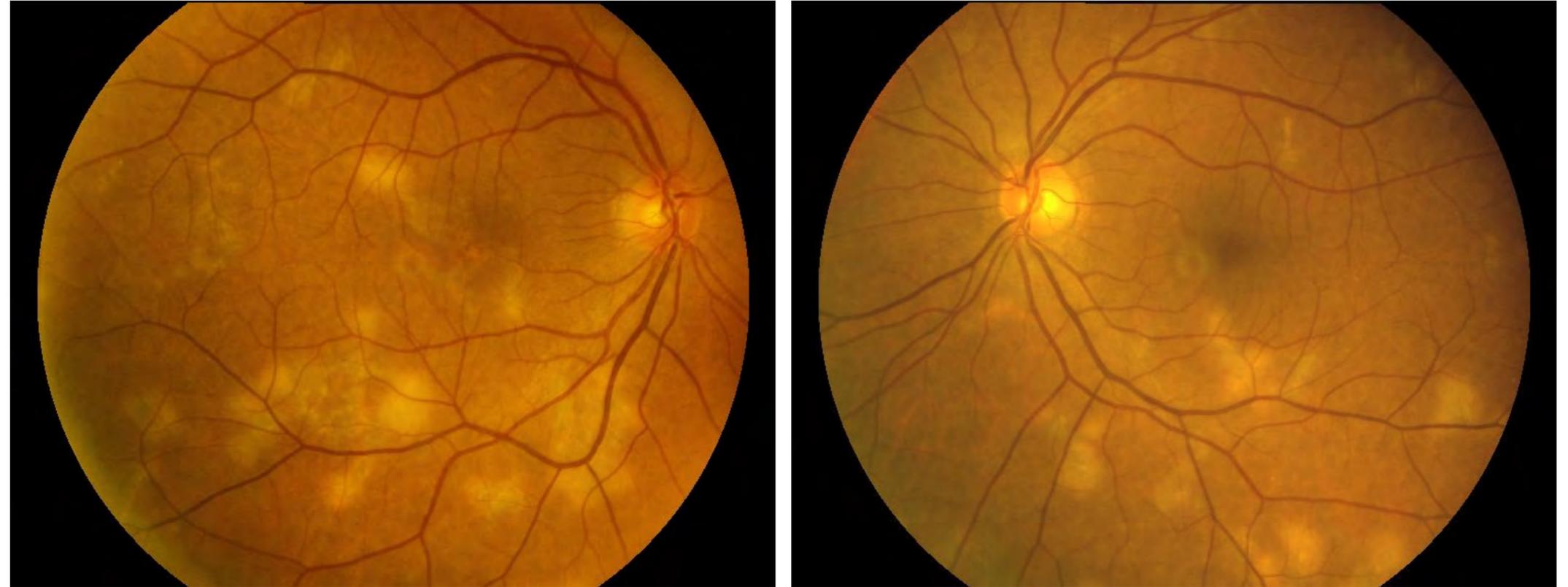
- Tuberculose il y a 3 ans



TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE et URINAIRE

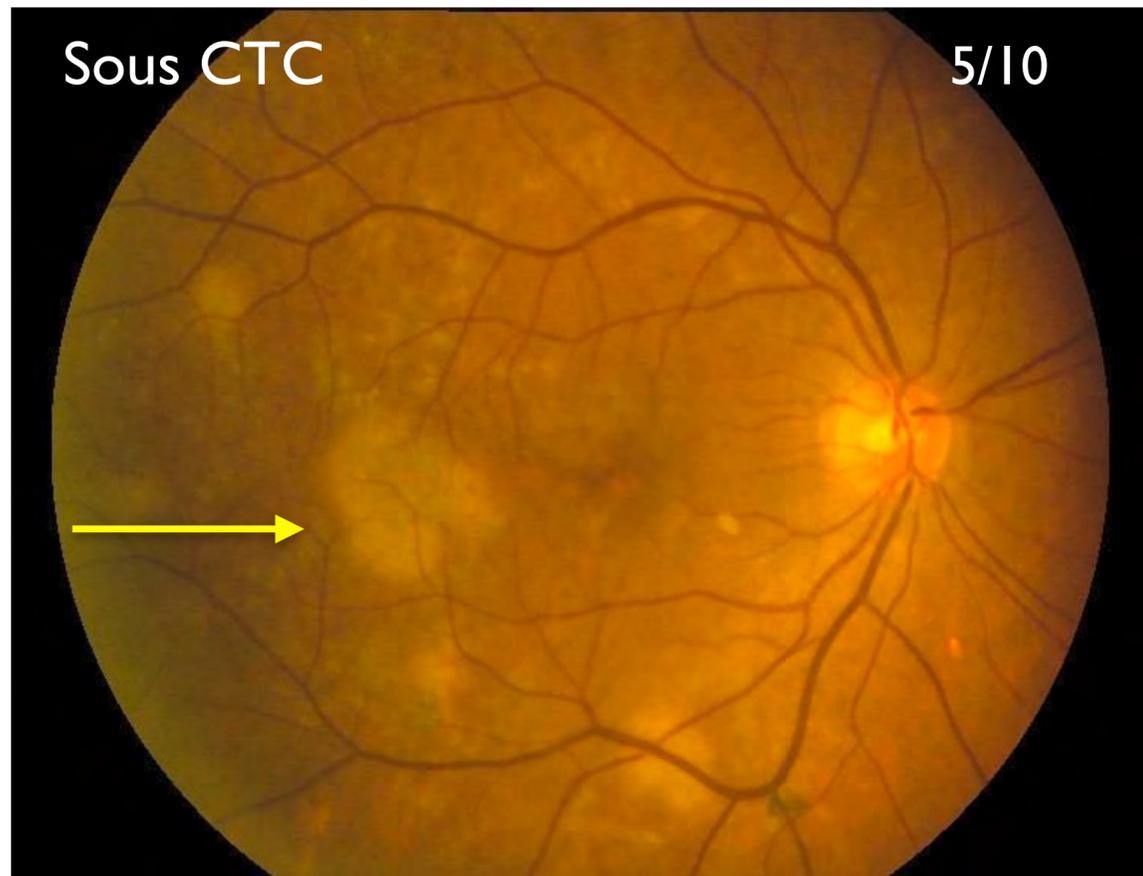
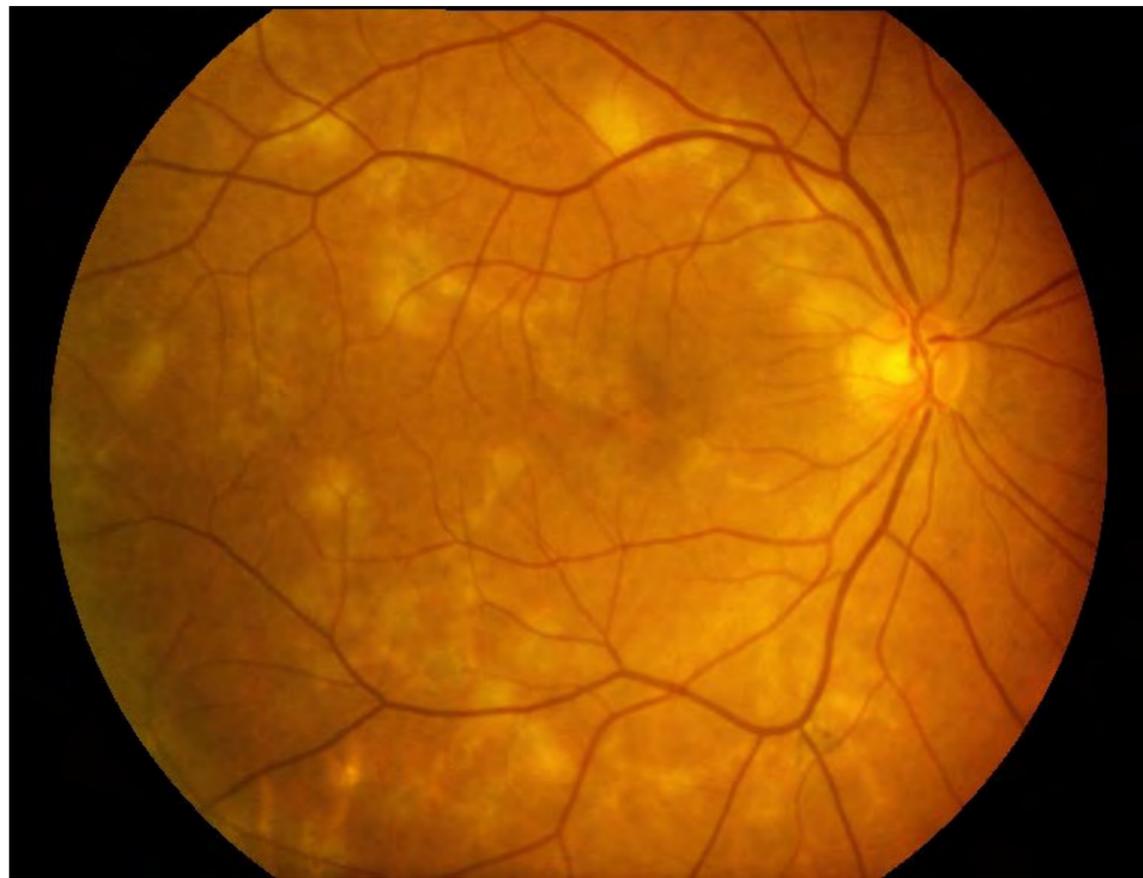
Révélee par une PAN UVÉITE BILATÉRALE

M G - 55 ans
Baisse visuelle bilatérale
depuis 1 mois



Bilan inflammation oculaire : négatif MAIS primo infection tuberculeuse dans l'enfance

⇒ Corticothérapie



Aggravation sous CTC



CORTICOIDES : inefficaces - IMMUNO SUPRESSEURS ?



Dossier revu - QUANTIFERON +
Bilan négatif : TUBERCULOSE PRÉSUMÉE
=> TTT anti BK



Inflammation contrôlée

Pays non
endémique

Le plus fréquent

Critères
bactériologiques

NÉGATIFS

Critères cliniques et
radiologiques

RP normale
Et absence d'éléments
cliniques de TB extra
oculaire

Critères immuns
IDR/IGRA

Tests **POSITIFS** et/ou
contage certain

➔ **Traitement anti tuberculeux 6 mois**

Message



Clinique : variable, rien de spécifique

Biologie : **QUANTIFÉRON**

VPP 35 % uvéite postérieure sans étiologie
(Congrès Oeil et médecine interne nov 2018)

Seuil ? > 1 UI/ml

Prise en charge avec la médecine infectieuse

PARASITES

BACTÉRIES

Virus

CHAMPIGNONS

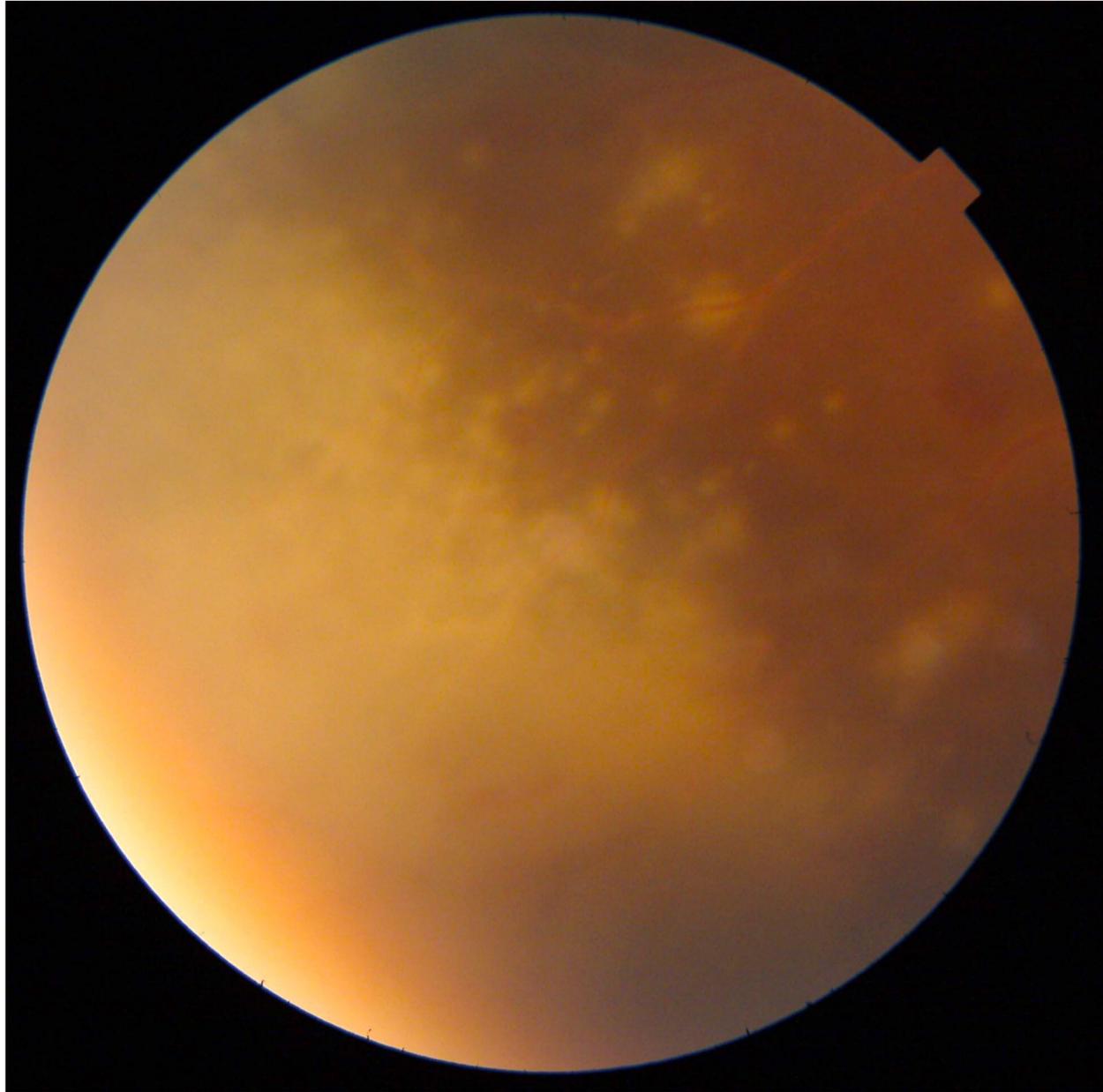
HSV

VZV

CMV

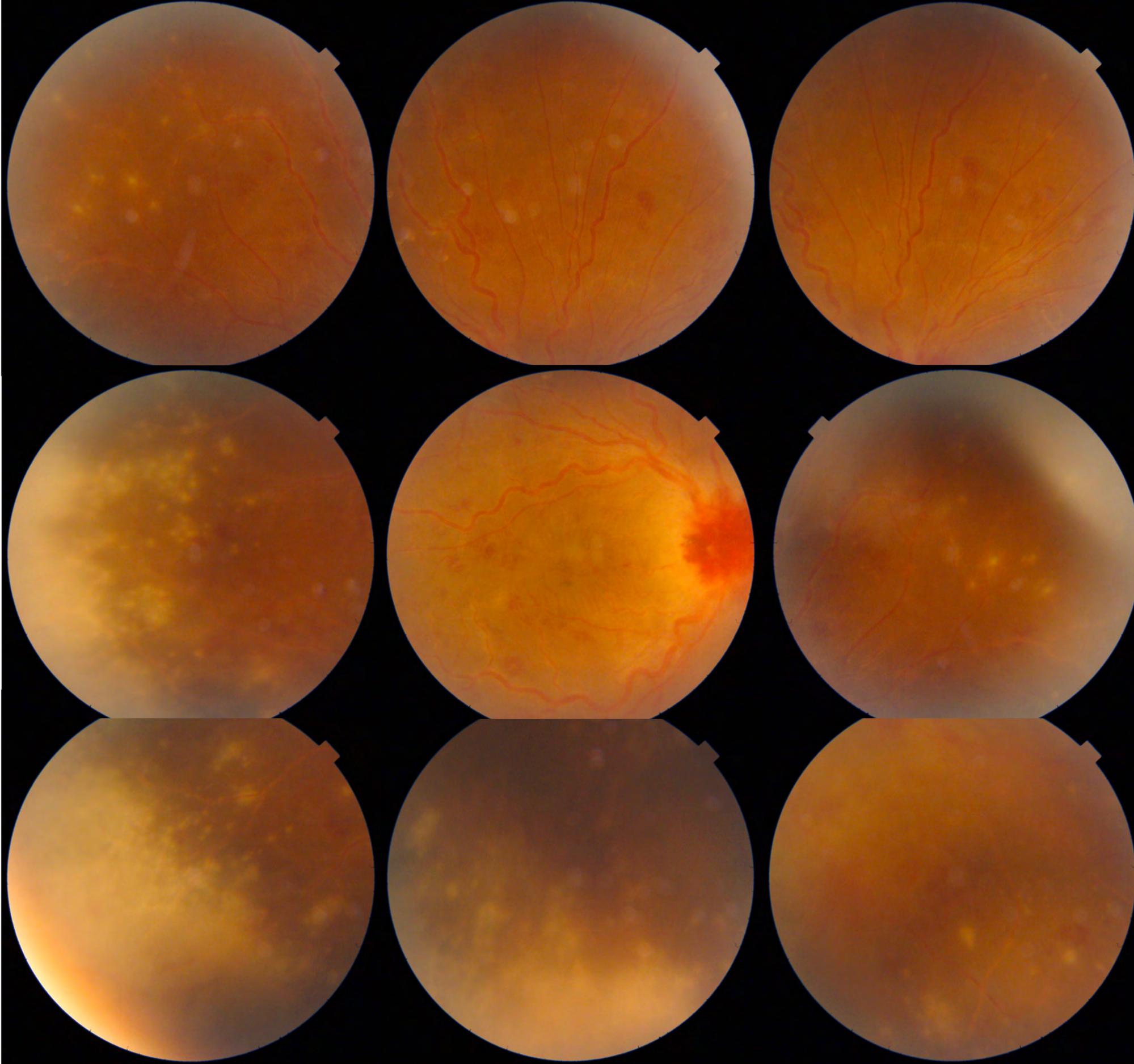


NÉCROSE RÉTINIENNE AIGUË
ACUTE RETINAL NECROSIS : ARN



Mme N - 27 ans
Baisse visuelle gauche
< 1/10

Humeur aqueuse :VZV +



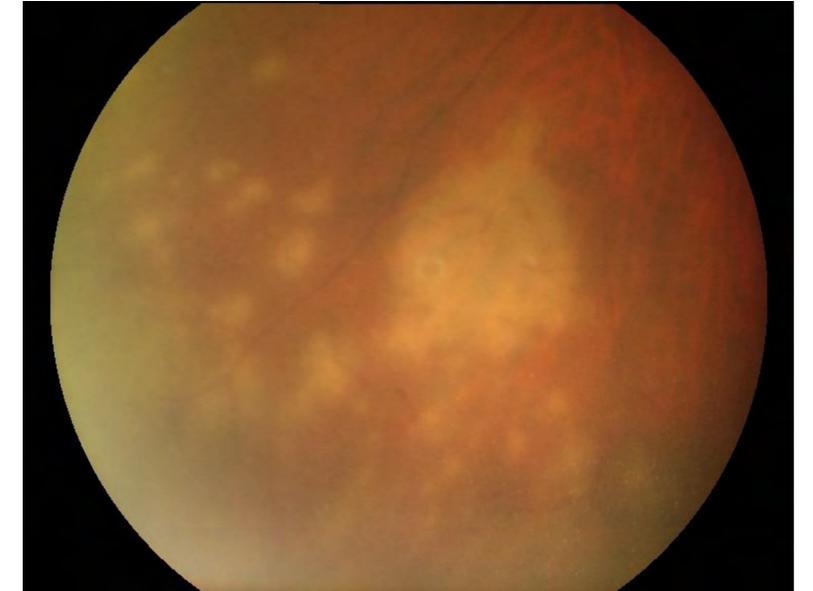
NÉCROSE RÉTINIENNE AIGUË

VZV

IMMUNOCOMPÉTENTE

Immuno compétent HSV / VZV

- Confirmation : Prélèvement humeur aqueuse – PCR virale
- Traitement : anti viral IV
+ injections intra vitréennes gancyclovir



Pronostic

Acuité visuelle < 1/10 : 50%

Décollement rétine : 50 à 75 %
Atrophie optique : 24 %

**Rechute
homolatérale**

15 %

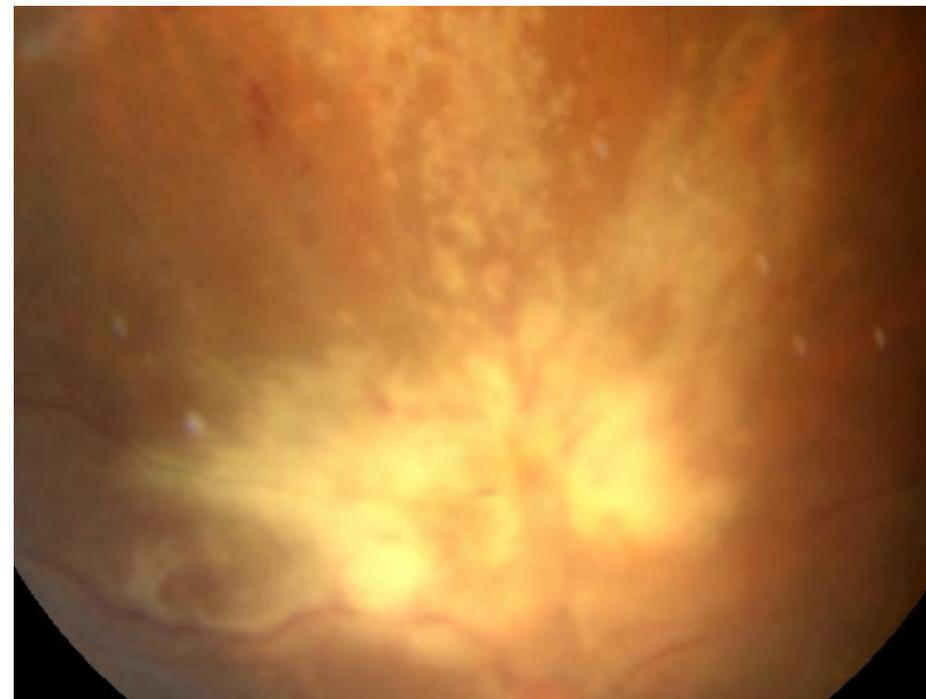
BILATÉRALISATION

Initiale : 9 – 30 %

A I an : sans traitement anti viral 69%
A I an : avec traitement anti viral 13%

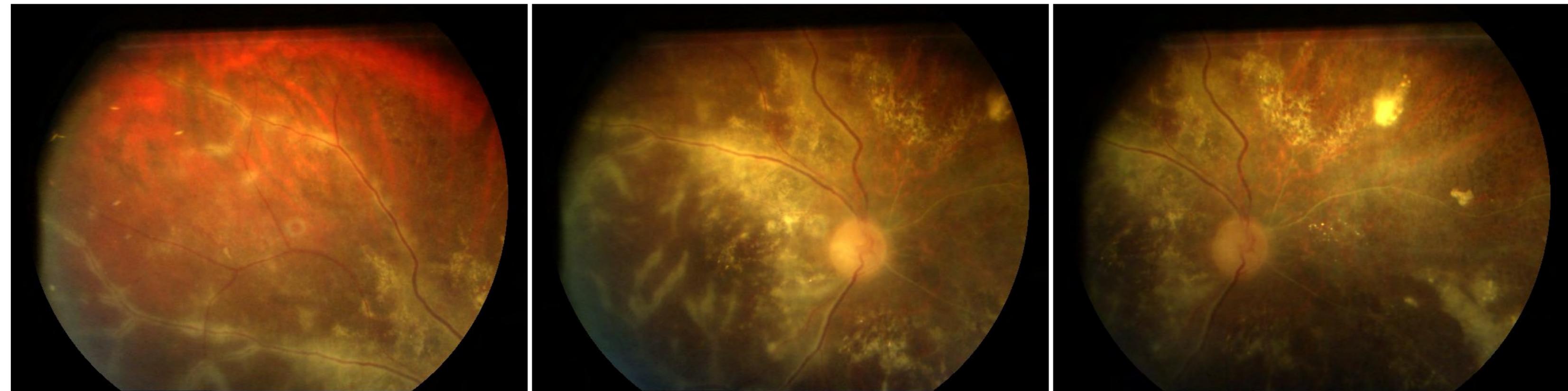
Immuno déprimé CMV

- Confirmation : Prélèvement humeur aqueuse – PCR virale
- Traitement : anti viral IV ou ROVALCYTE
+ injections intra vitréennes gancyclovir



M. B - 28 ans –
HIV + : CD4 = 56 / mm³

Aggravation sous ROVALCYTE
Traitement par FOSCAVIR



RETINITE CMV : patient au stade SIDA

CÉCITÉ

1986 SURVIE < 6 MOIS

VIRUS

NÉCROSE RÉTINIENNE AIGUË

URGENCE

M D - 45 ans
LYMPHOME NON HODGKINIEN
Baisse visuelle droite
2/10



VIRUS

NÉCROSE RÉTINIENNE AIGUË

URGENCE

Mme C - 65 ans
LEUCÉMIE ALLOGREFFE GVH
Rétinite et neuropathie CMV





Message

Clinique : nécrose rétinienne

Biologie : prélèvement d'humeur aqueuse

Prise en charge OPH +/- avec médecine infectieuse

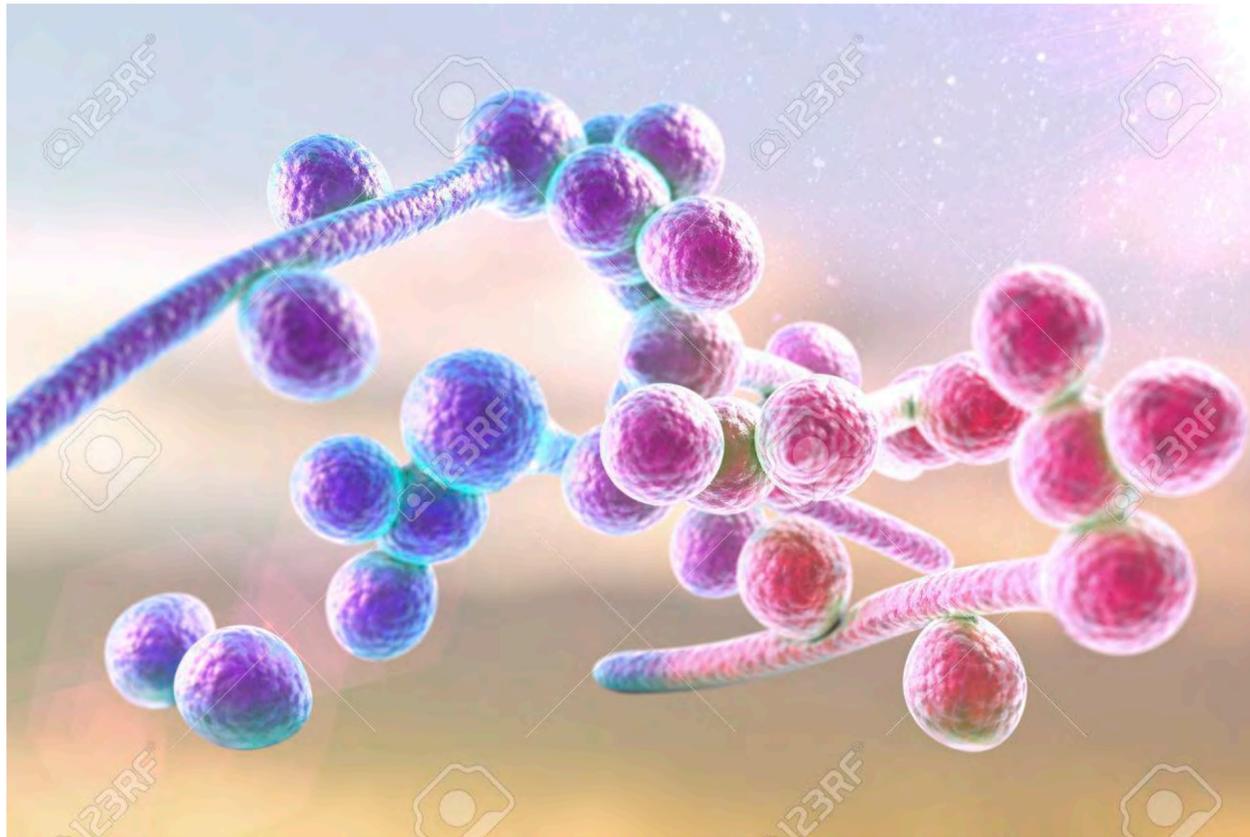
PARASITES

BACTÉRIES

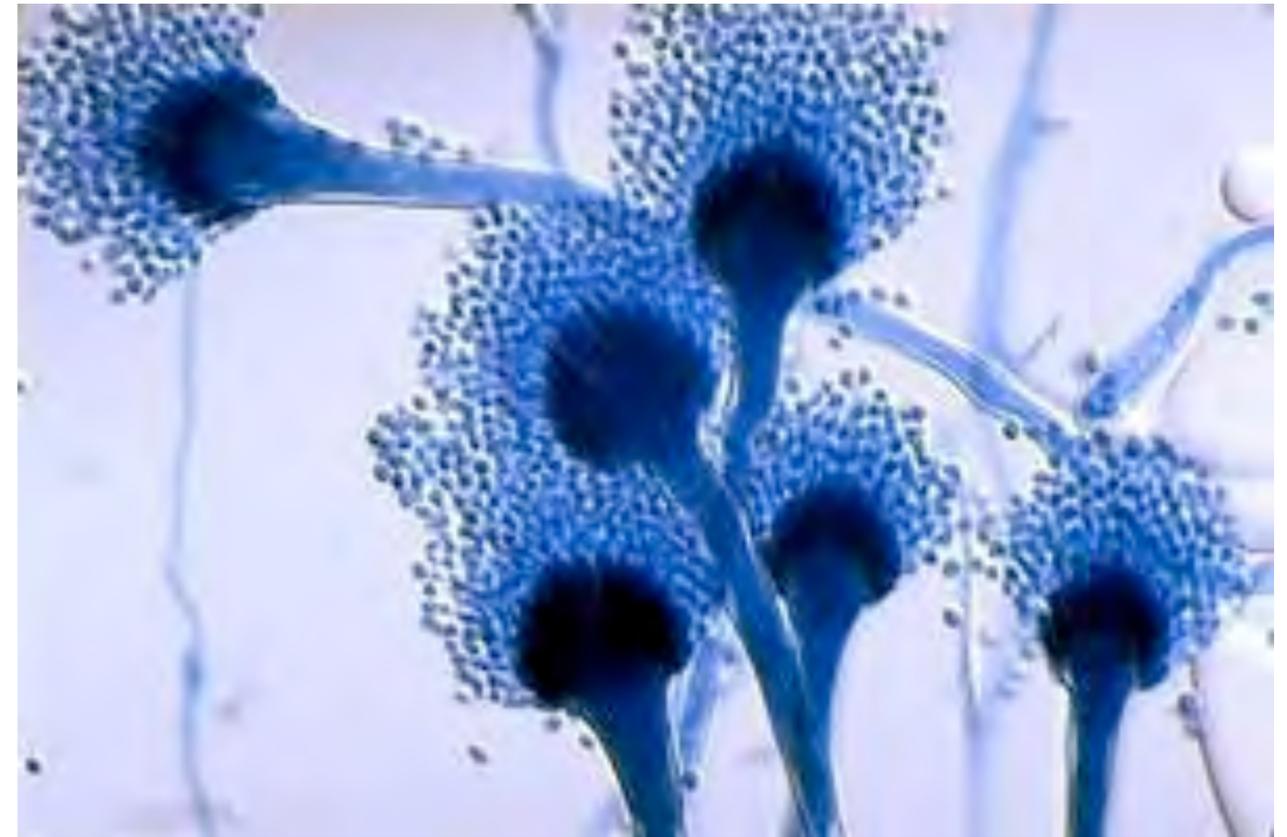
VIRUS

CHAMPIGNONS

Candidose



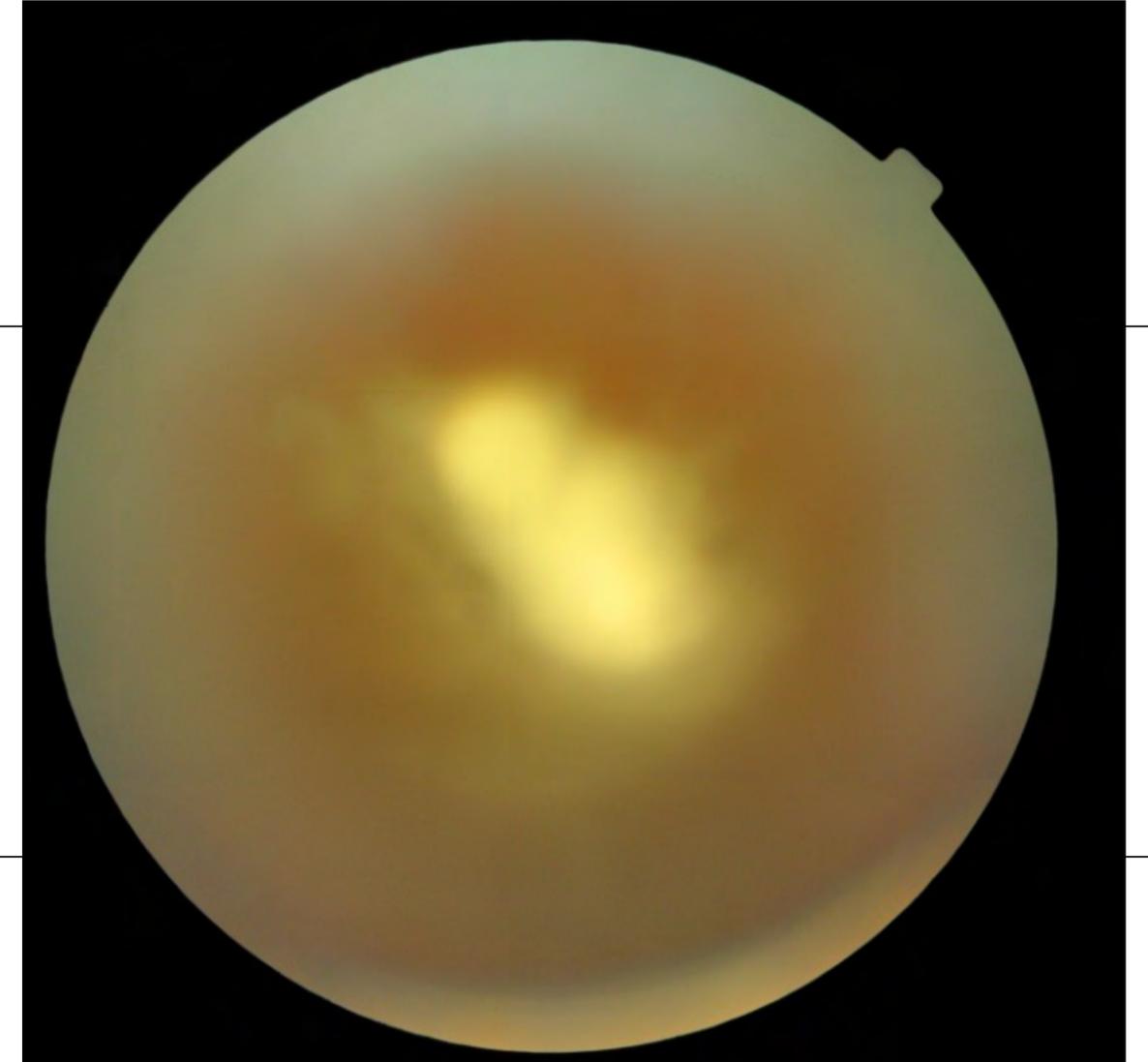
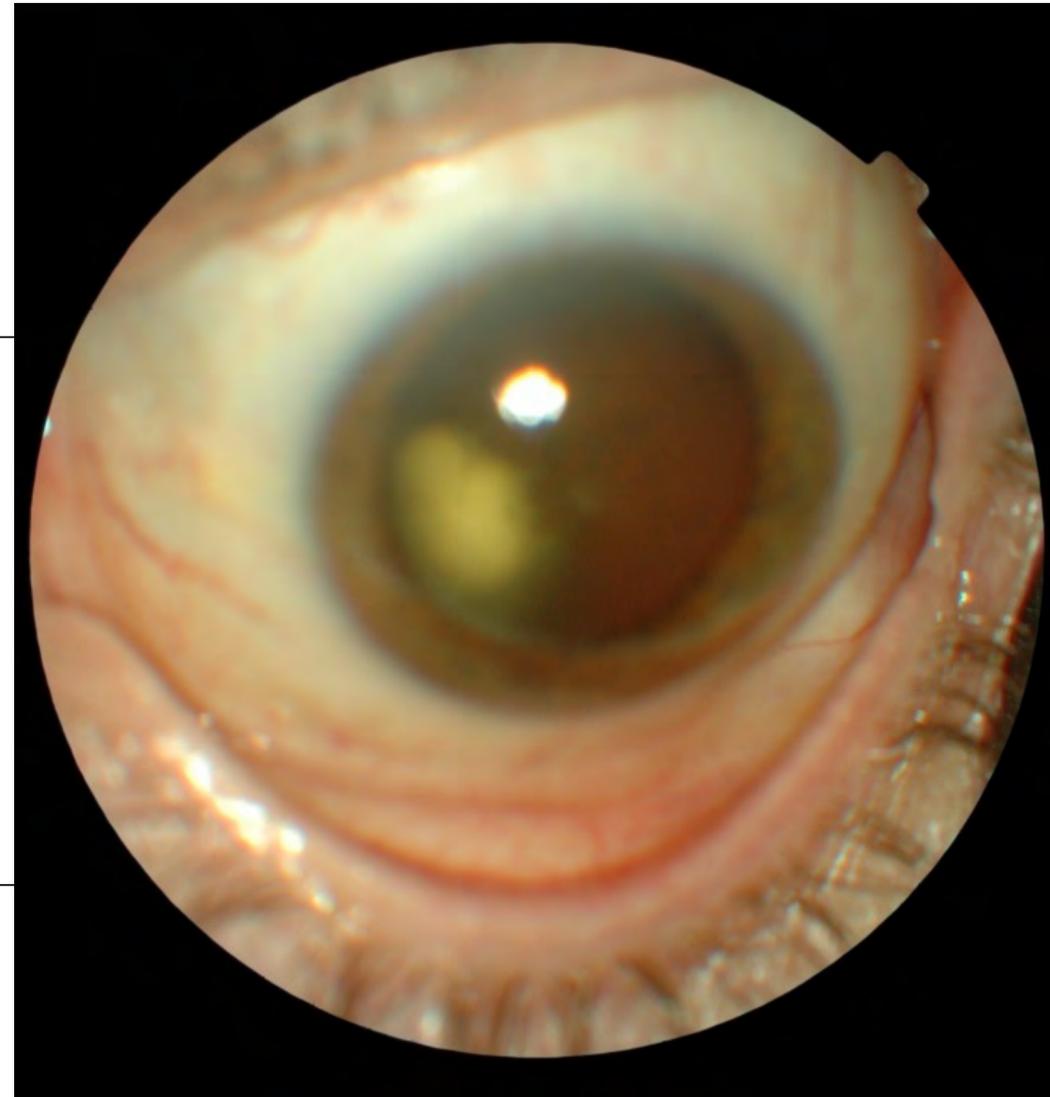
Aspergillose



Endophtalmie endogène

Histoire typique :
Toxicomanie intra veineuse

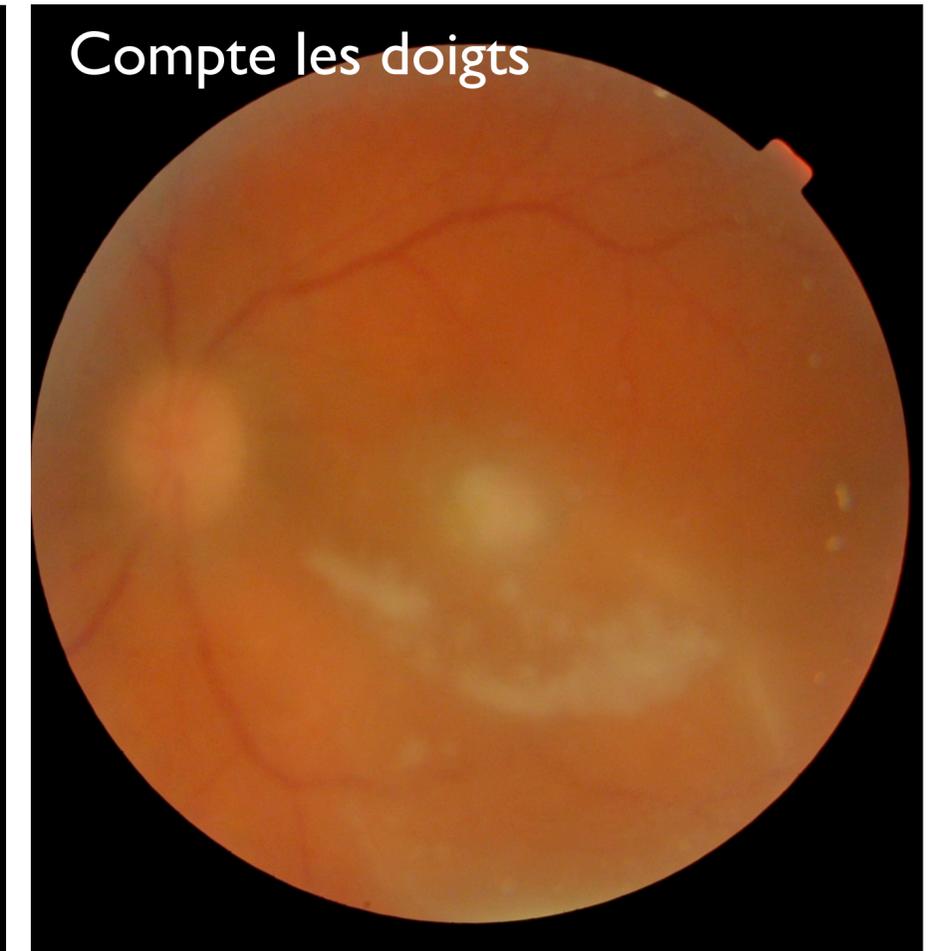
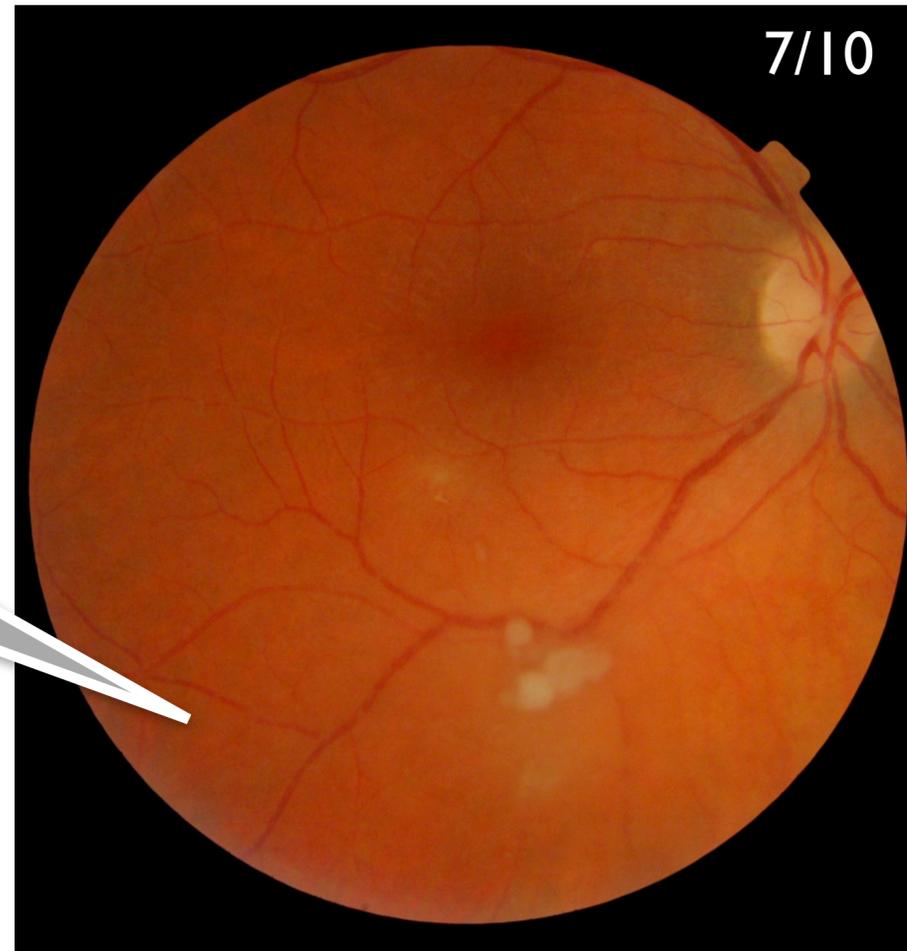
Parfois : septicémie fongique



Le plus fréquent : Candida albicans, suivi Candida glabrata, Candida tropicalis, Candida parapsilosis, Candida krusei, Aspergillus niger ;

Plus rarement Fusarium, Paecilomyces, Mucor

M C - 26 ans
IV héroïne, cocaïne
Baisse visuelle bilatérale



PROBLÈMES DIAGNOSTIQUES

1- PRÉLÈVEMENTS OCULAIRES SOUVENT NÉGATIFS

Candida séquestré dans des nodules inflammatoires

2- FONGÉMIE SOUVENT NÉGATIVE

Fungémie transitoire, avec ensemencement rapide de la choroïde

PROBLÈMES THÉRAPEUTIQUES

3 - TRAITEMENT SYSTÉMIQUE

AMPHOTERICINE B

Taux intra oculaires NON
thérapeutiques par voie systémique

VORICONAZOLE

Concentration intra oculaire 70 %
des taux plasmatiques

4 - TRAITEMENT LOCAL

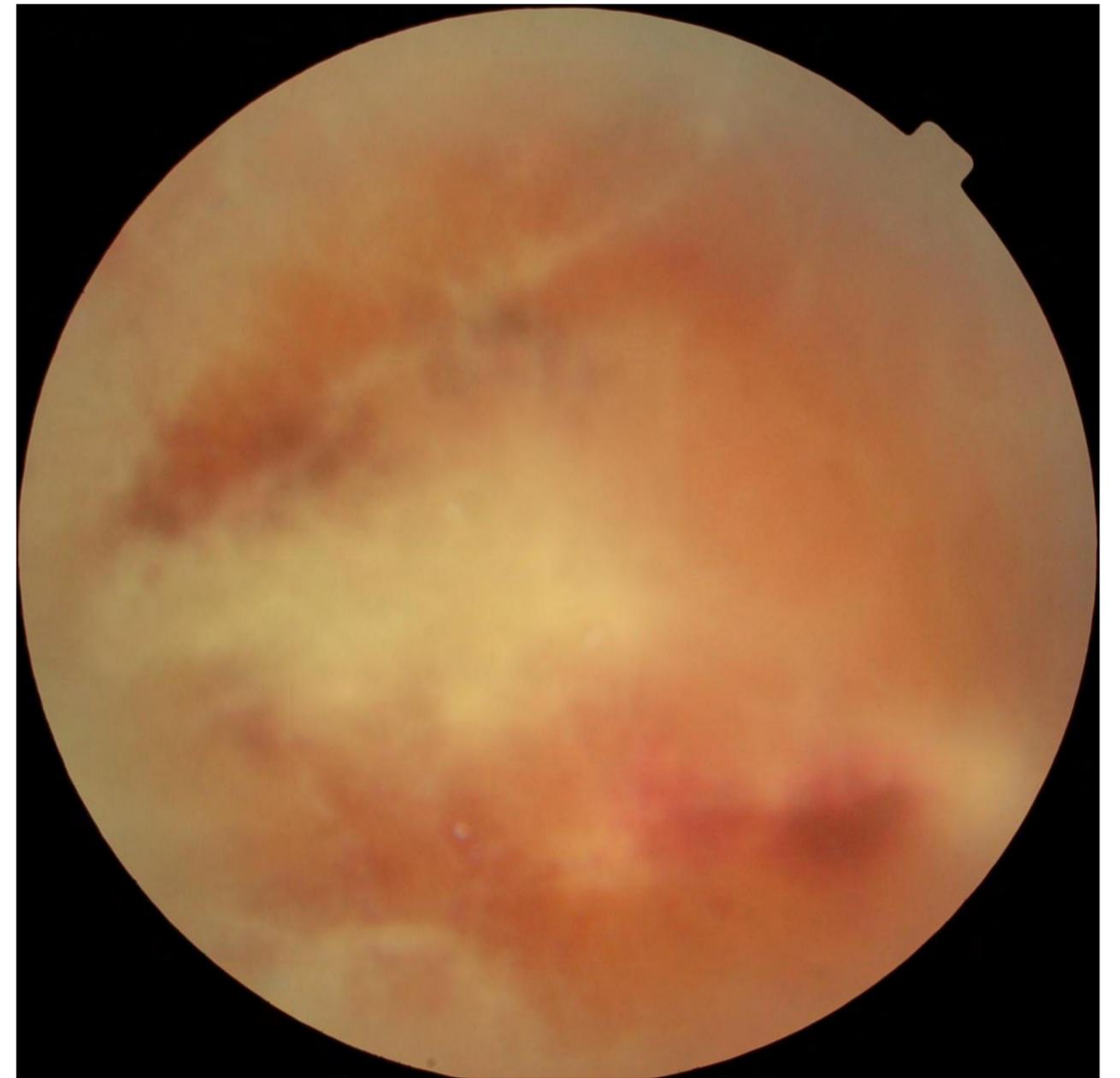
Injections intra vitréennes
d'AMPHO B ou VORICONAZOLE

Vitrectomie



Mlle G- 23 ans

2/10



ATCD :

- Greffe pulmonaire (06/2016)
- Mucoviscidose
- Diabète insulino requérant

Traitements :

- Immunosuppresseurs
- Corticoïde
- Antibiotique

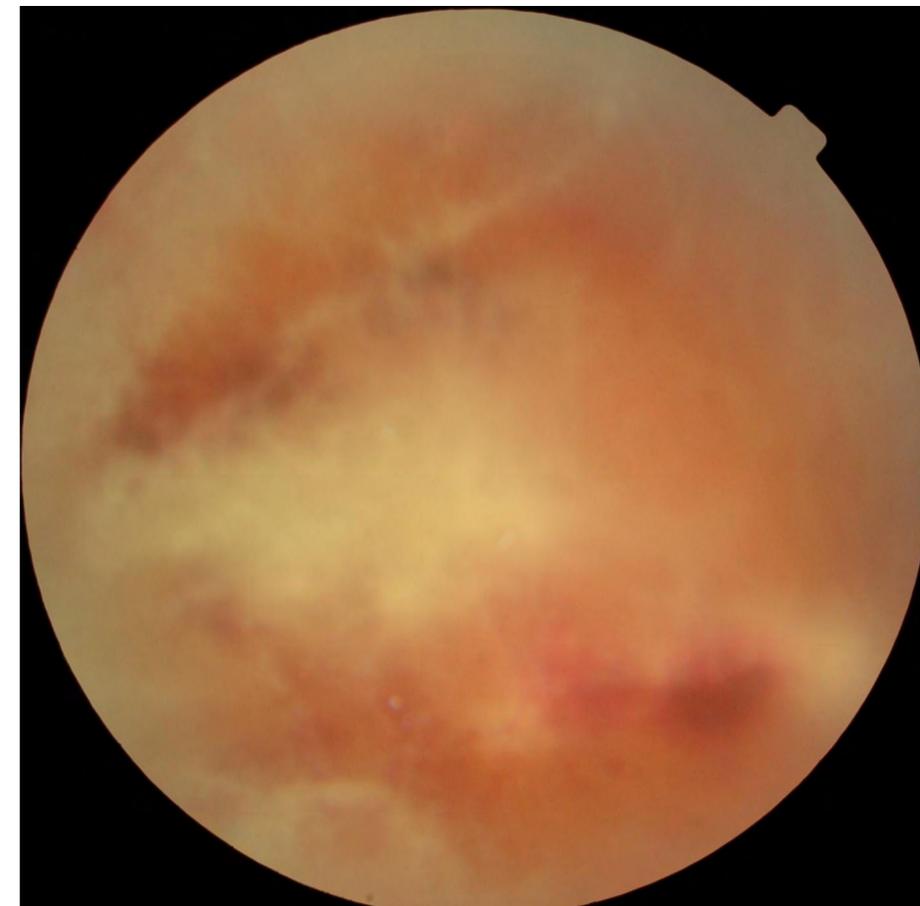
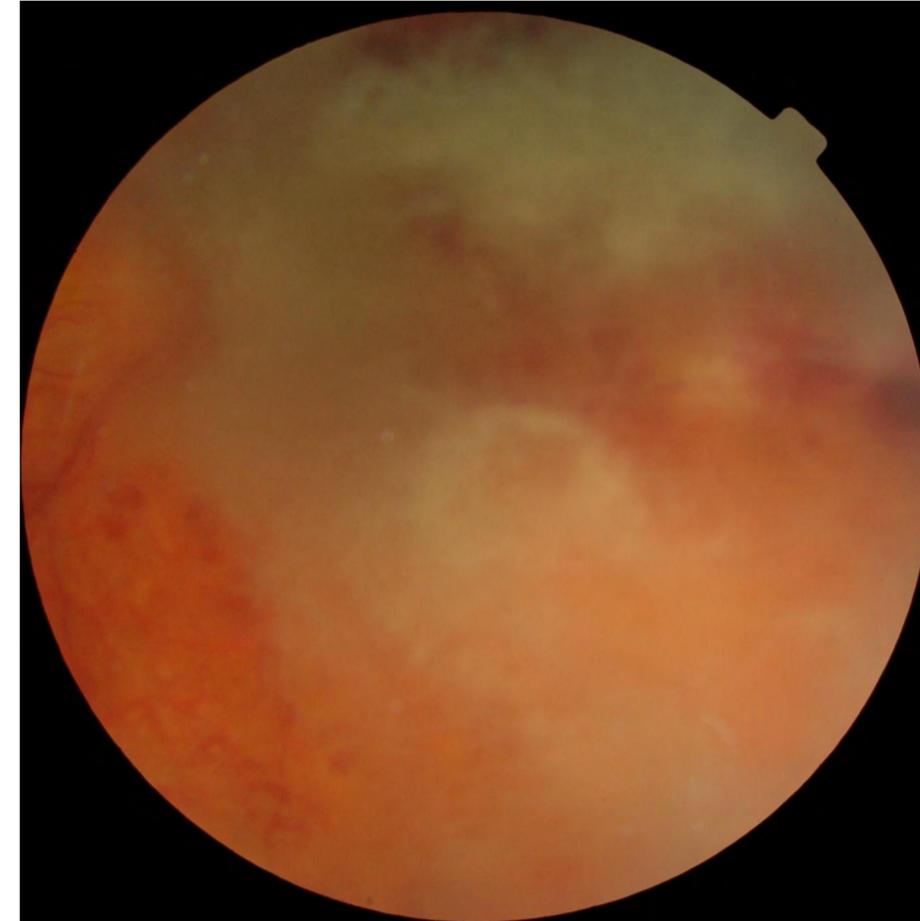
Mycophenolate Mofetil (CELLCEPT)
Tacrolimus (MODIGRAF)

Prednisone (CORTANCYL) 5 mg/j

Cotrimoxazole (BACTRIM fort)
1 cp x 3/sem

Prélèvement humeur aqueuse

- **Aspergillus**



Endophtalmie endogène à *Aspergillus*

Antigénémie aspergillaire :
négative

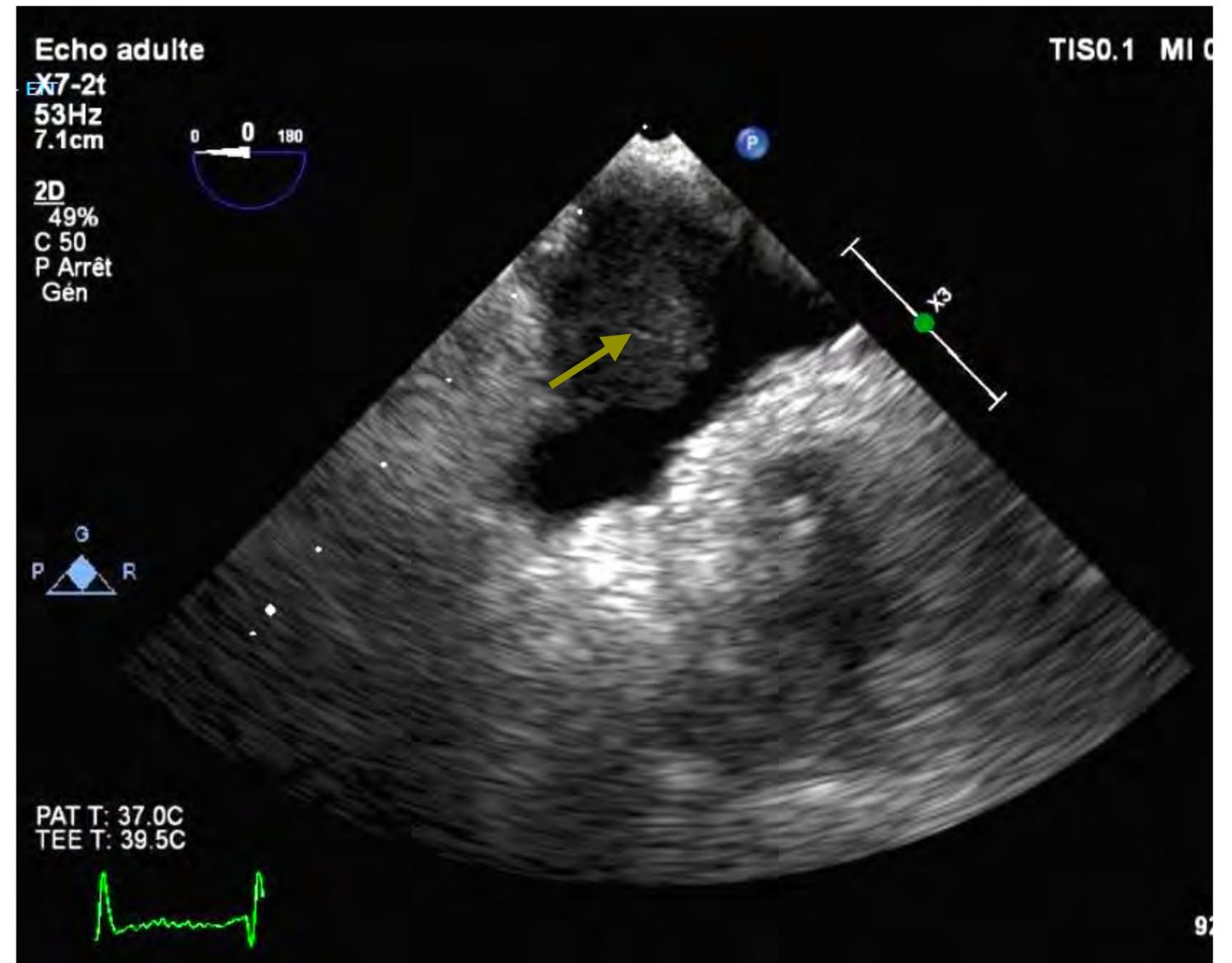
Scanner thoracique

Lésion médiastinale abcédée de 20 mm
envahissant les veines pulmonaires et l'oreillette gauche



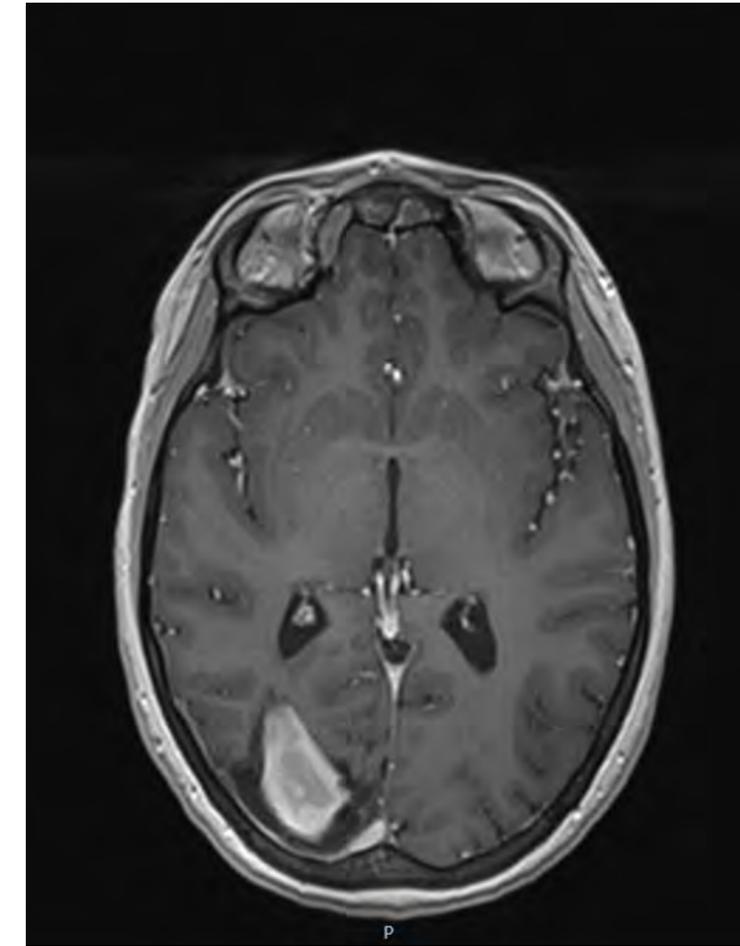
Écho coeur transoesophagienne

Lésion envahissant la paroi de l'oreillette gauche, éléments mobiles dans la lumière de l'OG



Prise en charge sur le plan général :

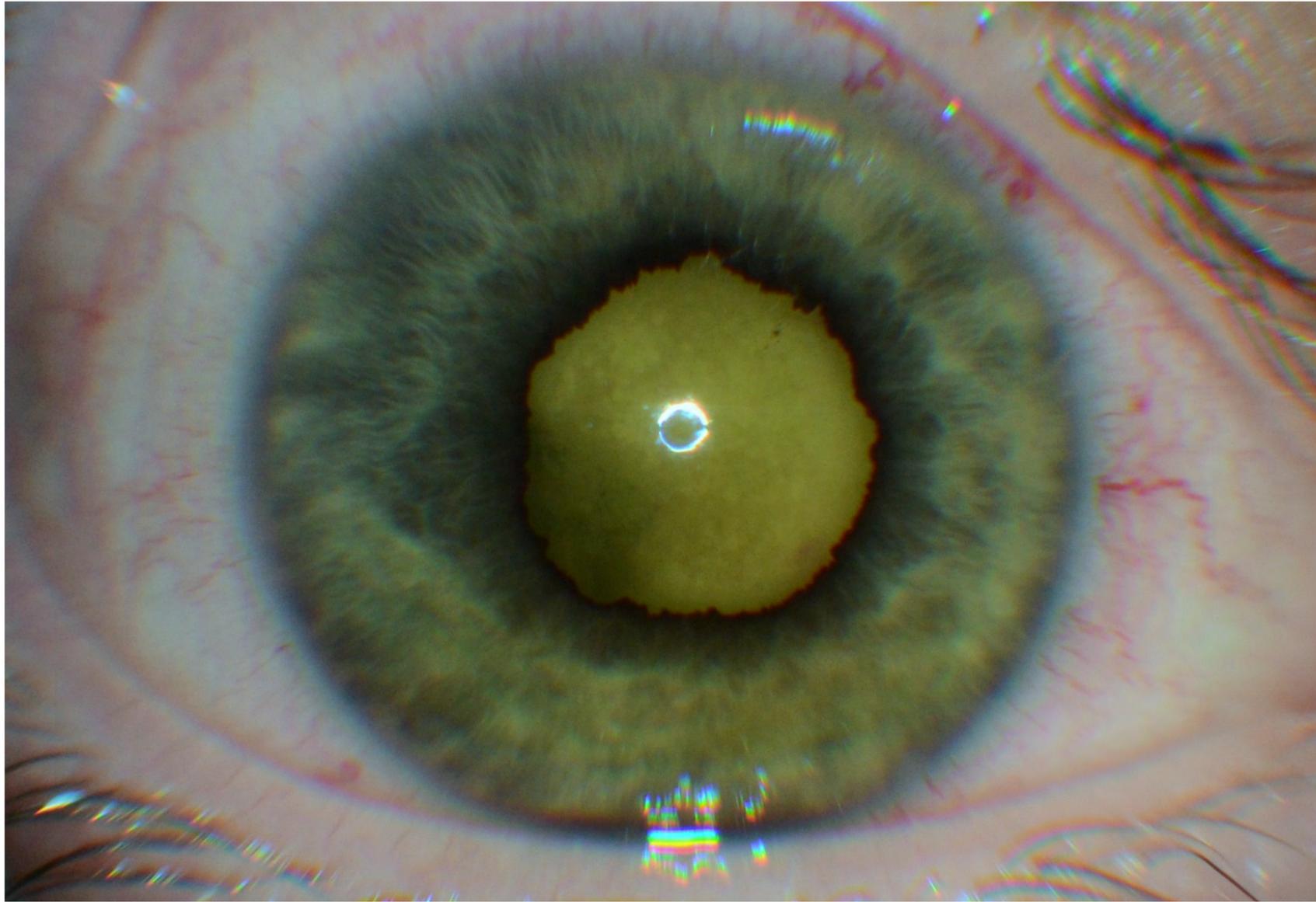
- **Anti fongiques :**
VORICONAZOLE + CASPOFUNGIN
- **Chirurgie cardiaque évoquée mais non retenue.**
Risques :
 - Essaimage,
 - Hémorragie cérébrale (*AVC en déc 2016*)



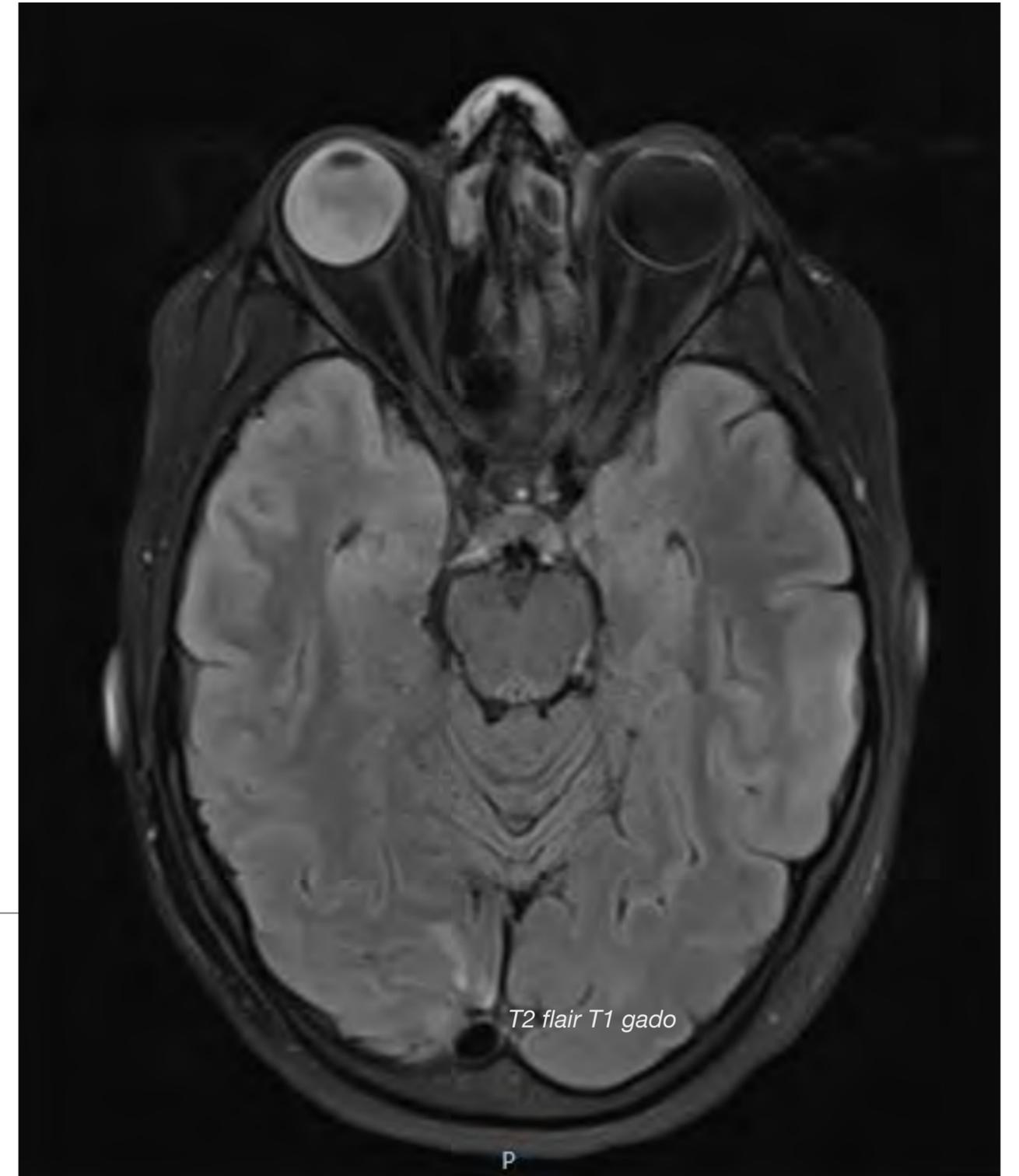
Prise en charge ophtalmologique :

- **Anti fongiques intra vitréens**
- **Anti inflammatoires locaux**

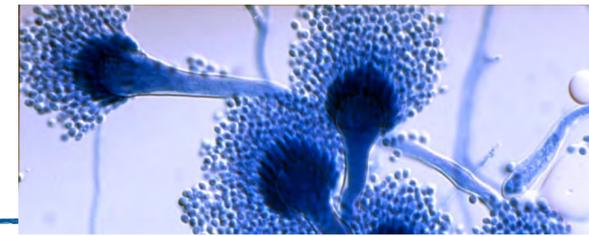
J2 mois



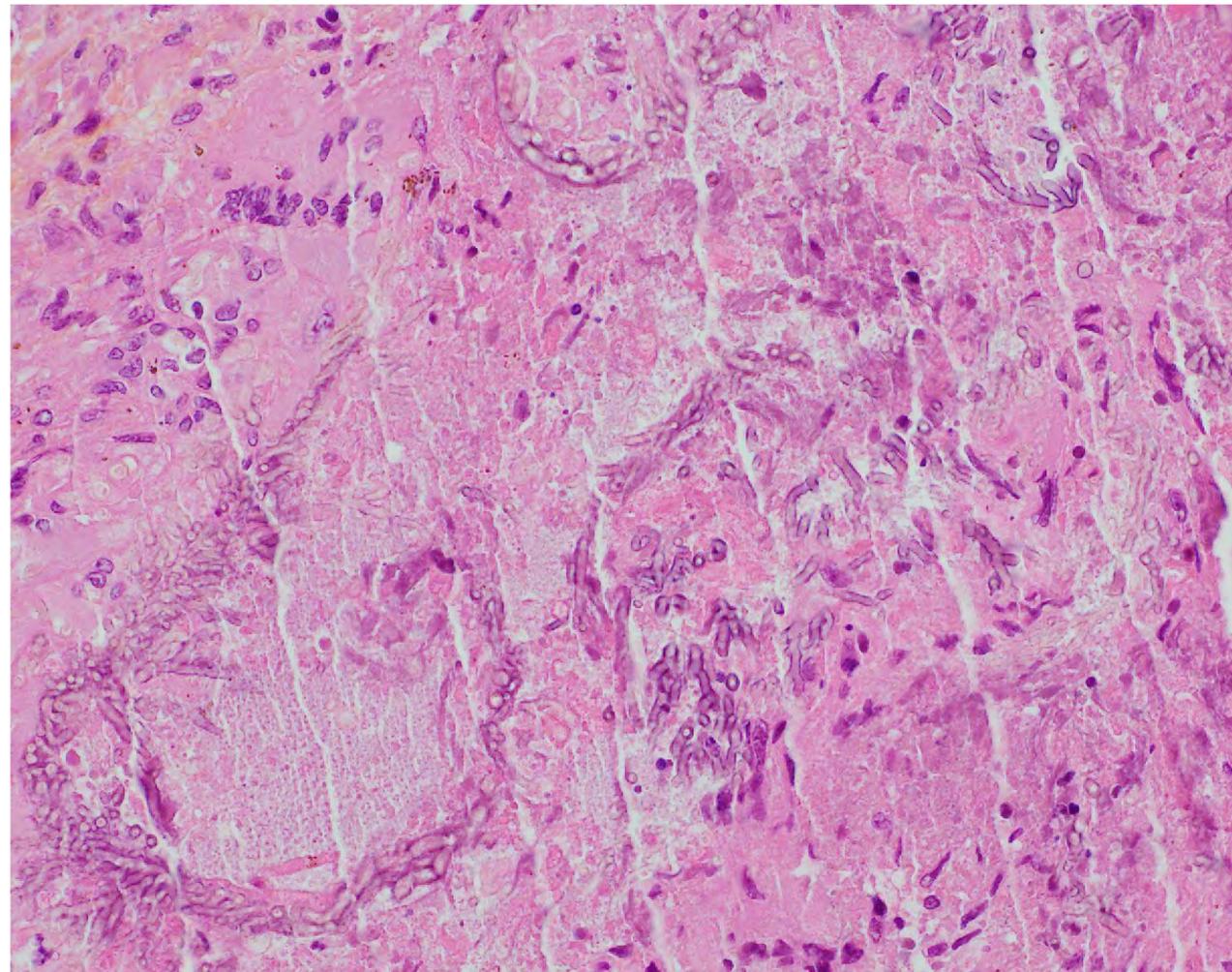
- Douleurs : morphine
- Perception lumineuse (-)
- Décollement de rétine - Hypotonie
- Contrôle infection ???



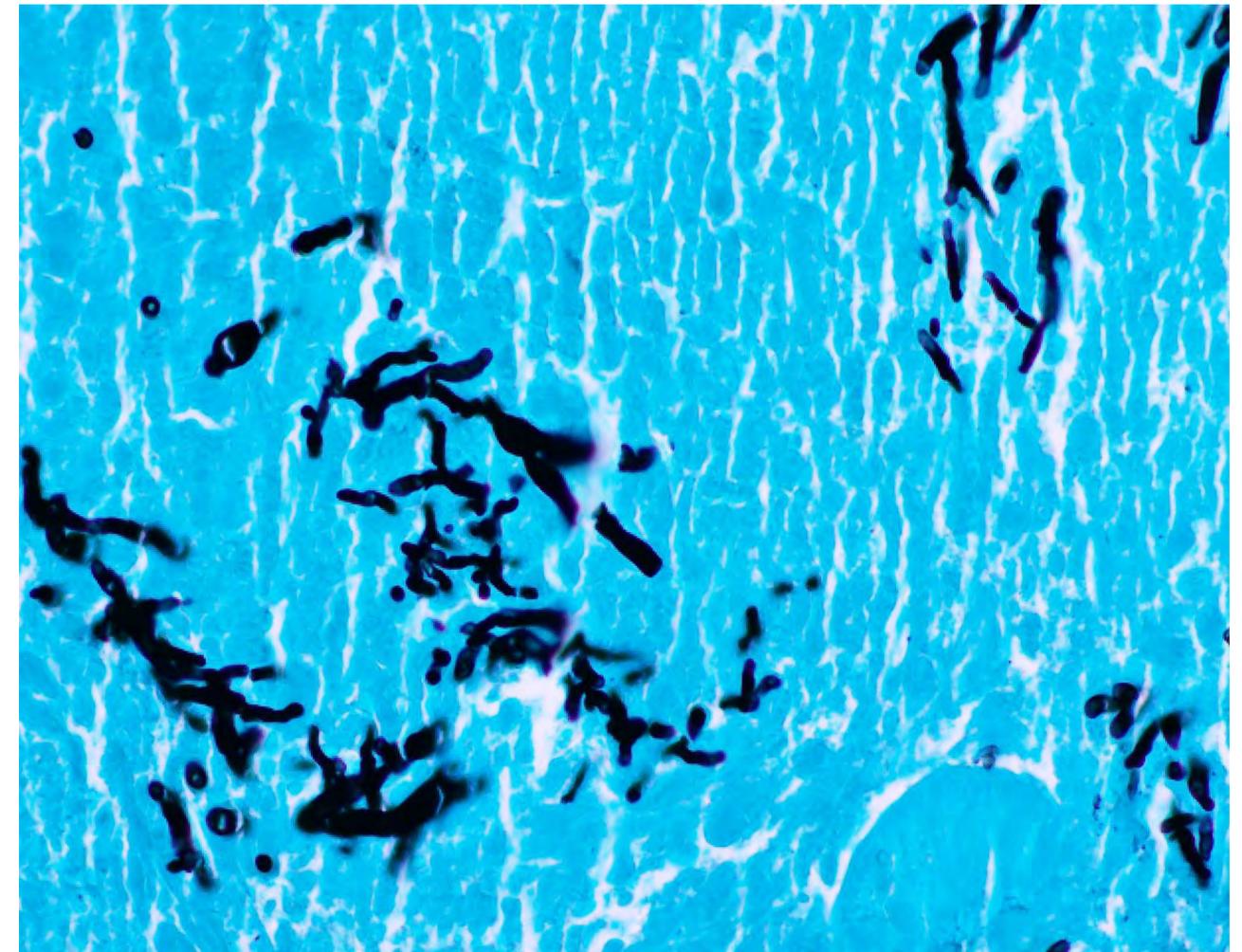
ÉVISCÉRATION : aspergillus éradiqué ?



- Prélèvement vitré : mycologie -
- Biopsie rétine : présence de filaments d'aspergillus après 2 mois sous VORICONAZOLE



Coloration HES



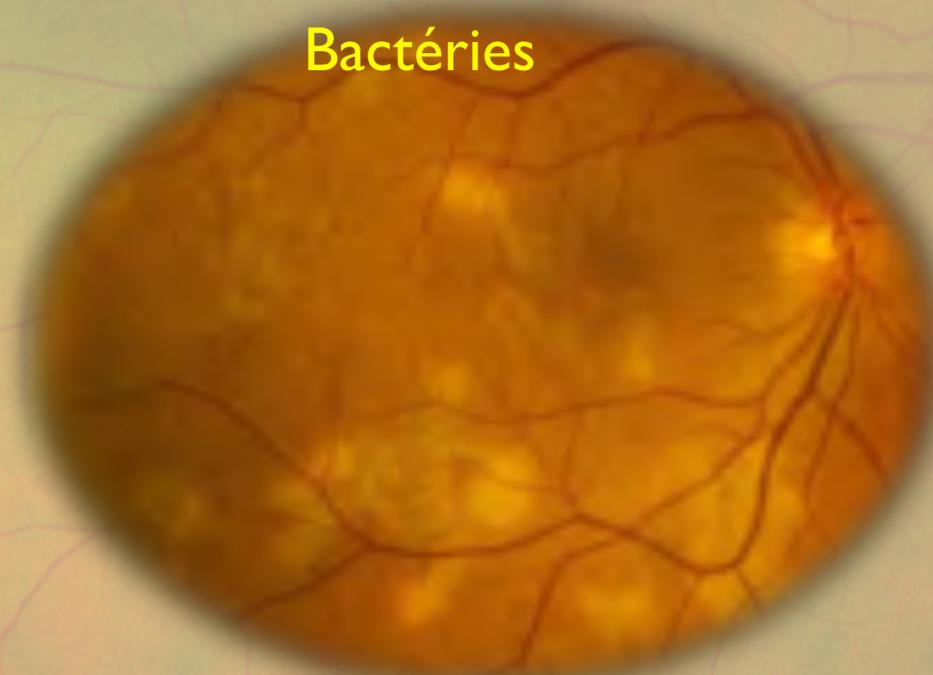
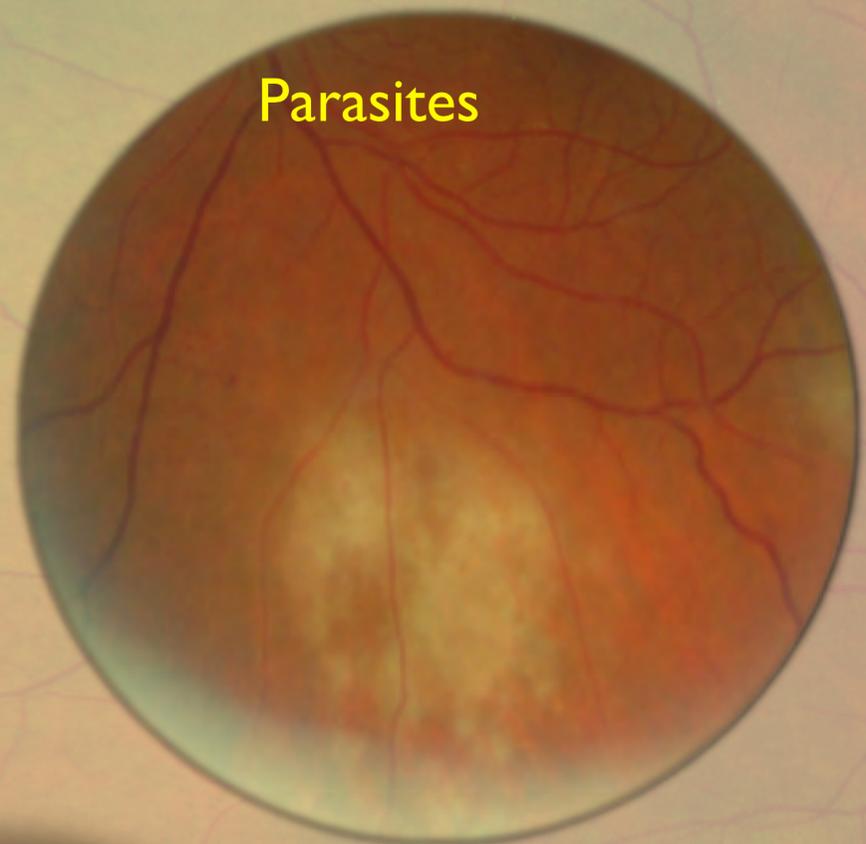
Coloration de Grocott



Clinique : lésions rétiniennes et intra vitréenne
Contexte

Biologie : prélèvement humeur aqueuse, fongémie

Prise en charge conjointe avec médecine infectieuse



Atteinte oculaire parfois 1ère manifestation
d'une infection systémique

D'où l'appel à votre expertise !

A close-up photograph of a human eye. The iris is a light, golden-brown color and features a clear reflection of a cityscape with buildings and a blue sky. The eye is surrounded by long, dark eyelashes. The overall lighting is soft and slightly blue-tinted.

Merci de votre attention !