

LE DOSSIER

Œil et maladies de système

Comment optimiser le rôle de l'interniste ?

RÉSUMÉ : Une collaboration étroite entre l'ophtalmologiste et l'interniste est fondamentale dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des maladies inflammatoires et systémiques touchant l'œil.

L'intervention de l'interniste doit être précoce, si possible dès le début de la prise en charge ophtalmologique. Lorsque le patient est adressé à l'interniste, celui-ci doit disposer d'une description claire et précise de la présentation ophtalmologique du patient, la caractérisation anotomoclinique d'une atteinte oculaire inflammatoire étant un élément central dans la démarche diagnostique.

L'initiation d'un traitement systémique doit faire l'objet d'une discussion collégiale. La coordination entre ophtalmologiste et interniste doit rester de mise tout au long du suivi du patient, si possible grâce à la mise en place d'un dossier commun.



→ **Y. SCHOINDRE, D. SAADOUN**

Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière,
Département de Médecine interne
et d'Immunologie clinique,
Centre national de référence
des maladies autoimmunes
et systémiques rares, DHU i2B,
Inflammation, Immunopathologie,
Biothérapie, Université
Pierre-et-Marie-Curie, PARIS.

Une collaboration étroite entre l'ophtalmologiste et l'interniste est fondamentale dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des maladies inflammatoires et systémiques touchant l'œil. Cet échange permet d'optimiser les chances d'arriver à un diagnostic étiologique, d'écarter les étiologies infectieuses, puis d'adapter la prise en charge thérapeutique individualisée, plus précisément la gestion des immunosuppresseurs et depuis quelques années des agents biologiques. Les uvéites sont des pathologies dont l'incidence dans les pays occidentaux est de 17 à 52 cas pour 100 000 habitants. Cette incidence s'élève entre 200 et 700 cas pour 100 000 habitants dans certains pays comme la Chine ou l'Inde, du fait de la forte prévalence des uvéites infectieuses qu'on y observe.

Les uvéites sont responsables d'un dixième des cas de cécité. Une étiologie est identifiée dans environ 50 à 60 % des cas. L'identification d'une étiologie permet la mise en œuvre d'une thérapeutique appropriée. Les mala-

dies systémiques/inflammatoires les plus fréquemment rencontrées sont la sarcoïdose, la maladie de Behçet, les spondylarthropathies, les arthrites juvéniles idiopathiques, les maladies inflammatoires du tube digestif et la sclérose en plaques (SEP). On peut également ajouter les atteintes neuro-ophtalmologiques dans le cadre des vascularites (artérite à cellules géantes, granulomatose avec polyangéite...), ou des connectivites (lupus systémique, syndrome de Gougerot-Sjögren...).

Avant toute chose, l'intervention de l'interniste doit être **précoce**, si possible dès le début de la prise en charge ophtalmologique afin de porter le diagnostic de la maladie systémique sous-jacente le plus rapidement possible. L'objectif principal est de ne pas prendre le risque d'un retard diagnostique d'une maladie systémique grave, en particulier d'une maladie de Behçet, qui peut mettre en jeu le pronostic visuel à court terme, ou se compliquer d'une autre atteinte viscérale grave. Il est également important, dans la mesure du possible, de terminer le

LE DOSSIER

Œil et maladies de système

bilan diagnostique avant l'introduction d'un traitement systémique qui peut négativer certains examens et faire conclure *in fine* à tort à une uvéite idiopathique. Or, nous savons que l'évolution des pathologies inflammatoires oculaires est très imprévisible, et que l'on est souvent amené à débiter en urgence un traitement systémique chez un patient dont la présentation initiale n'avait pas de critère de gravité.

Lorsque le patient est adressé à l'interniste, celui-ci doit disposer d'une **description claire et précise de la présentation ophtalmologique du patient**. La caractérisation anatomoclinique d'une atteinte oculaire inflammatoire est un élément central dans la démarche diagnostique. En effet, si des maladies comme la sarcoïdose peuvent toucher toutes les structures de l'œil et donner des tableaux ophtalmologiques très variés, la sémiologie ophtalmologique oriente très souvent l'enquête étiologique. Ainsi, le caractère granulomateux d'une uvéite doit faire rechercher en premier lieu une sarcoïdose (ou une tuberculose pour les causes infectieuses) et permet d'éliminer les diagnostics d'uvéite associée à l'allèle HLAB27 ou de maladie de Behçet. Les éléments importants qui doivent être impérativement décrits sont la présence d'un hypopion (Behçet, spondylarthropathies), d'une vasculite veineuse (Behçet, sarcoïdose...) ou artérielle (lupus, vascularite...), d'une sclérite (polyarthrite rhumatoïde, vascularite, entérocolopathies inflammatoires...).

Le rôle propre de l'interniste consiste d'abord et avant tout à mener l'examen clinique du patient, reposant sur l'anamnèse puis l'examen physique.

>>> L'anamnèse est souvent essentielle dans la prise en charge des maladies inflammatoires oculaires :
– la recherche d'antécédents personnels est une évidence, mais la recherche d'antécédents familiaux, souvent

négligée, est également souvent contributive, surtout pour le diagnostic des pathologies appartenant au spectre des spondylarthropathies, comme la spondylarthrite ankylosante, le psoriasis, les entérocolopathies inflammatoires ;
– les informations sur le mode de vie sont également capitales : origine géographique (pourtour méditerranéen pour la maladie de Behçet, Antilles ou Afrique noire pour la sarcoïdose, Antilles pour l'infection par le virus HTLV1), contagion infectieuse (tuberculose, morsure de tique, exposition au VIH) ;
– la liste des traitements pris au long cours doit être analysée avec précision afin de ne pas méconnaître des manifestations inflammatoires oculaires iatrogènes ;
– enfin, un interrogatoire policier doit s'attacher à rechercher des manifestations extra-ophtalmologiques permettant d'orienter le diagnostic vers une éventuelle maladie systémique sous-jacente : aphtose buccale récidivante ou bipolaire, lésions cutanées et maladie de Behçet, douleurs axiales et spondylarthropathie, signes fonctionnels respiratoires et sarcoïdose...

>>> L'examen physique complet peut mettre en évidence des cicatrices d'aphte génital ou des lésions de pseudo-folliculite dans le cadre d'une maladie de Behçet, des sarcoïdes cutanés, des adénopathies et/ou une hépatosplénomégalie dans le cadre d'une sarcoïdose, une raideur rachidienne dans le cadre d'une spondylarthropathie, des anomalies de l'examen neurologique dans le cadre d'une sclérose en plaques, une poliose, un vitiligo et/ou une baisse de l'audition dans le cadre d'un syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada.

À la lumière du tableau ophtalmologique et des données de l'examen clinique, l'interniste prescrit ou complète le bilan étiologique. La stratégie diagnostique n'est pas standardisée.

Certains examens sont proposés de façon systématique devant tout tableau inflammatoire oculaire. Toute symptomatologie extra-ophtalmologique susceptible d'orienter vers une pathologie inflammatoire pouvant toucher l'œil doit également être explorée.

Un bilan plus poussé, même sans orientation clinique, doit être proposé si l'uvéite reste inexplicée malgré les explorations initiales : on citera par exemple le cas de la sarcoïdose qui peut être cliniquement asymptomatique avec une atteinte médiastino-pulmonaire importante au scanner thoracique, ou qui peut être prouvée sur des biopsies bronchiques malgré un scanner thoracique normal.

La place de l'imagerie cérébrale et/ou de la ponction lombaire restent débattue, mais sont habituellement réservées aux uvéites intermédiaires, aux uvéites sévères (panuvéite, vasculite...), devant un tableau neuro-ophtalmologique, ou si l'hypothèse d'un lymphome est évoquée.

Après la phase diagnostique vient la prise en charge thérapeutique. Il est souhaitable d'anticiper dès le début de la prise en charge l'indication éventuelle à un traitement systémique et de prescrire d'emblée un bilan pré-thérapeutique. L'initiation d'un traitement systémique (corticothérapie, immunosuppresseur ou biothérapie) fait l'objet d'une discussion collégiale qui prend en compte le cadre étiologique éventuel, la sévérité de l'atteinte oculaire, les atteintes extra-oculaires, le terrain et les antécédents du patient. Une fois la décision prise, la prescription de ce traitement sera assurée dans la mesure du possible par l'interniste, davantage sensibilisé à l'information du patient quant aux effets secondaires des traitements, à la juste prescription des "mesures associées" à la corticothérapie et à l'importance de la surveillance biologique.

Enfin, tout au long du suivi ultérieur du patient, la coordination entre ophtalmologiste et interniste doit rester de mise. L'examen ophtalmologique guide dans un grand nombre de cas la stratégie thérapeutique. Par conséquent, l'interniste doit disposer lors de chaque consultation des résultats de la dernière évaluation ophtalmologique pour adapter au mieux le traitement. Dans la pratique, le maintien dans la

durée de cette collaboration étroite entre ophtalmologiste et interniste reste souvent une gageure. C'est précisément sur ce point que l'optimisation du rôle de l'interniste prend tout son sens. À cette fin, la mise en place d'un dossier commun pour le suivi de ces patients est d'une aide très précieuse.

En conclusion, l'optimisation du rôle de l'interniste passe d'abord par une

intervention précoce dans la prise en charge des patients, et surtout par un dialogue étroit et toujours renouvelé avec les ophtalmologistes, par exemple grâce à un dossier commun.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.