

I Le dossier – Œil et médecine interne

Les sclérites associées aux maladies systémiques

RÉSUMÉ : Une sclérite peut être antérieure, sectorielle ou diffuse, nodulaire, nécrosante, ou postérieure et entraîner une atteinte visuelle en cas d'atteinte cornéenne, rétinienne ou du nerf optique. Un bilan clinique et paraclinique doit systématiquement être réalisé à la recherche d'une pathologie systémique (polyarthrite rhumatoïde par exemple). Un traitement par anti-inflammatoires stéroïdiens ou non stéroïdiens, associés ou non à des immunosuppresseurs, est entrepris selon la sévérité de l'atteinte locale et de la pathologie systémique associée. Une origine infectieuse doit être suspectée dans un contexte post-opératoire. Une corticodépendance doit faire évoquer une infection (herpétique), et une corticorésistance faire évoquer une néoplasie.



D. GUINDOLET
Hôpital Fondation A. de Rothschild,
PARIS.

La sclérite est une inflammation rare, pouvant être associée à une maladie systémique (20-30 % des cas). Le type de sclérite doit être précisé à l'examen clinique. Du fait de sa proximité avec la cornée, l'uvéa et le nerf optique, la sclérite peut entraîner une atteinte visuelle. Le diagnostic étiologique, notamment d'une maladie systémique ou d'une étiologie infectieuse, est essentiel pour la prise en charge. Une sclérite peut être inaugurale d'une maladie systémique (≈ 30 % des cas).

Le premier bilan diagnostique peut être négatif, et des signes cliniques et/ou biologiques en lien avec une pathologie systémique peuvent apparaître plus tardivement, ce qui doit faire répéter le bilan diagnostique.

Pour les cas associés à une maladie systémique connue, la survenue d'une sclérite motive généralement un renforcement du traitement de fond.

Comment différencier une sclérite d'une épisclérite ?

Les épisclérites sont plus fréquentes et souvent liées à des pathologies de la

surface oculaire (blépharite, sécheresse). La distinction entre ces 2 entités est clinique (*tableau 1*).

Les différentes formes de sclérite et leur prise en charge

Le type de sclérite est précisé cliniquement. On recherchera les atteintes associées (kératites...) et un éventuel retentissement visuel. Quelques précisions sur les différentes formes de sclérite :

- La sclérite antérieure diffuse est la plus fréquente (*fig. 1*).
- Pour la sclérite antérieure nodulaire, la prise en charge est identique à celle d'une sclérite antérieure non nodulaire.
- Pour la sclérite antérieure nécrosante :
 - l'absence de vaisseaux sanguins au centre d'une zone hyperhémie est caractéristique (*fig. 2*);
 - c'est une forme grave en raison du retentissement visuel potentiel;
 - l'association à une maladie systémique est fréquente et nécessite un traitement immunosuppresseur;
 - la *scleromalacia perforans* est une forme rare, caractérisée par une sclérite nécro-

	Épisclérite	Sclérite
Douleur	Gêne, irritation	Modérée à intense et insomniente
Résolution spontanée	Oui	Non
	Examen en lumière ambiante puis à la lampe à fente	
Coloration	Rouge vif	Rouge sombre
Observation des vaisseaux	Orientation radiaire	Orientation "en bataille" Recherche sans vaisseaux = nécrose
Examen en fente fine	Inflammation superficielle : séparation faisceau antérieur et postérieur	Inflammation profonde : faisceau antérieur = postérieur
Test à la Néosynéphrine 10 % 30 secondes	Disparition de l'hyperhémie	Sans effet

Tableau 1 : Différences entre épisclérite et sclérite.

sante sans inflammation, généralement au cours de la polyarthrite rhumatoïde.

● La sclérite postérieure :

– les patients consultent pour une douleur majorée à la mobilisation du globe. L'examen du fond d'œil objective des plis ou un décollement choroïdiens,

un décollement rétinien exsudatif, un œdème papillaire (**fig. 3 et 4**) ;

– le diagnostic est confirmé avec une échographie (**fig. 5**), un scanner ou une IRM (**fig. 6**) ;

– la sévérité est liée à l'atteinte de la rétine et/ou du nerf optique.



Fig. 1 : Sclérite antérieure localisée.



Fig. 2 : Sclérite nécrosante avec une zone avasculaire en temporal supérieur.



Fig. 3 : Aspect du fond d'œil associé à une sclérite postérieure : œdème papillaire et plis choroïdiens.

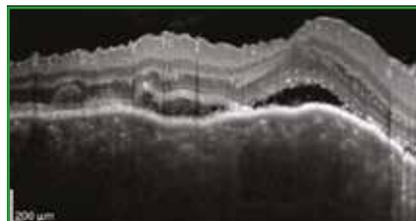


Fig. 4 : Décollement séreux sous-rétinien multilobé objectivé par OCT au cours d'une sclérite postérieure.

Les complications

Parmi les complications des sclérites antérieures, on retiendra :

- l'amincissement scléral avec un risque de perforation traumatique ;
- les complications cornéennes : infiltrat/ulcère cornéen périphérique ;
- le glaucome secondaire ;
- la cataracte secondaire ;
- les complications liées aux traitements :
 - risque d'insuffisance rénale lors de l'utilisation des AINS ;
 - liées à la corticothérapie prolongée locale ou générale ;
 - liées aux immunosuppresseurs.

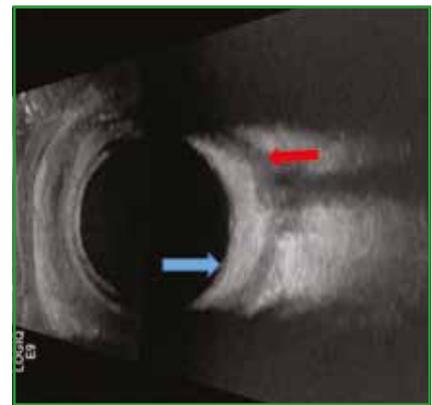


Fig. 5 : Aspect échographique au cours d'une sclérite postérieure : épaissement scléro-choroïdien hyper-échogène (flèche bleue) et en signe de T (flèche rouge).

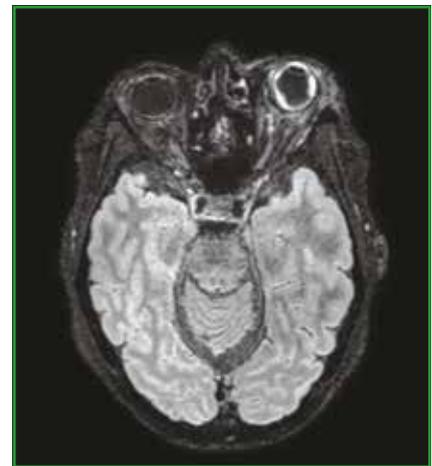


Fig. 6 : Aspect en IRM d'une pansclérite avec visualisation d'un épaissement scléral en hypersignal scléral.

Le dossier – Œil et médecine interne

L'orientation diagnostique

Un bilan clinique et biologique est systématique en cas de sclérite. La collaboration avec un médecin interniste est souhaitable pour réaliser un interrogatoire et un examen général permettant d'orienter les examens complémentaires à la recherche d'une maladie systémique.

Sur le plan ophtalmologique, il faudra rechercher :

- un antécédent de chirurgie oculaire (sclérite infectieuse ou inflammatoire post-opératoire) ;
- des antécédents en faveur d'une origine herpétique (uvéite ou zona ophtalmique, kératite, hypoesthésie cornéenne, atrophie irienne)

Les principales étiologies sont :

- Maladies auto-immunes :
 - polyarthrite rhumatoïde ;
 - granulomatose avec polyangéite (maladie de Wegener) ;
 - maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) ;
 - spondylarthropathies ;

- polychondrite atrophiante ;
- lupus.

- Infection :
 - virale (herpès, zona) ;
 - bactérienne et fongique : en post-opératoire ou post-traumatique.

- Iatrogène :
 - post-chirurgicale (strabisme, ptérygion) ;
 - médicamenteuse : bisphosphonates.

- Idiopathique.

Le bilan paraclinique sera orienté selon l'examen clinique au cas par cas et selon l'examen clinique extra-ophtalmologique :

- NFP, CRP, ionogramme sanguin, créatininémie, bilan hépatique ;
- AAN (anticorps anti-nucléaires), anti-ECT (antigènes nucléaires solubles) ;
- FR (facteur rhumatoïde) et anti-CCP (anticorps anti-peptides cycliques citrullinés) ;
- ANCA (anticorps anti-cytoplasme des neutrophiles) ;
- TPHA-VDRL ;
- bandelette urinaire ;

- ± IDR tuberculique/IGRA (*Interferon Gamma Release Assays*) ;
- radiographie du thorax.

Traitement

Le choix du traitement de 1^{re} intention prend en compte :

- le type de sclérite ;
- l'intensité des symptômes ;
- le retentissement visuel (atteintes associées : kératite, papillite...) qui motivera un recours aux corticostéroïdes à forte dose (± avec bolus intraveineux) ;
- l'existence d'une pathologie systémique déjà connue motivant une intensification du traitement de fond ;
- une récurrence ou une corticodépendance doit faire discuter l'utilisation d'un immunosuppresseur à visée d'épargne en corticostéroïdes.

La durée de traitement est à adapter au cas par cas et selon la pathologie de fond. Une sclérite antérieure/nodulaire est traitée environ 1 mois. Pour les autres formes, le traitement est prolongé.

Type de sclérite		Fréquence	Association à une maladie systémique	Baisse d'acuité visuelle	Traitement
ANTÉRIEURE	Localisée ou diffuse	75 %	36 %	14 %	Corticostéroïdes topiques et/ou AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) oraux Si échec ou signe de sévérité : CS oraux (1 mg/kg/jour puis décroissance)
	Nodulaire	14 %	30 %	11 %	AINS oraux Si échec ou signe de sévérité : CS oraux (1 mg/kg/jour puis décroissance)
	Nécrosante	5 %	80 %	50 %	Corticostéroïdes : bolus intraveineux puis relais <i>per os</i> ET Immunosuppresseurs (selon la pathologie)
Postérieure		6 %	20 %	30 %	AINS oraux Si échec ou signe de sévérité : corticostéroïdes <i>per os</i> ± bolus de solumédrol ± Immunosuppresseurs

Tableau II : Type de sclérite et traitement associé.

L'immunosuppresseur est choisi selon l'étiologie et la sévérité de l'atteinte oculaire et des éventuelles atteintes extraoculaires. Le méthotrexate, l'azathioprine, le mycophénolate mofétil sont fréquemment utilisés. Les biothérapies (anti-TNF, anti-CD20) sont de plus en plus utilisées. Le cyclophosphamide l'était pour les sclérites nécrosantes, mais tend à être remplacé par des agents biologiques. Des injections locales de corticostéroïdes pour les sclérites d'origine non infectieuse ont également été décrites, mais sont peu réalisées en pratique (*tableau II*).

■ Quelle place pour la chirurgie ?

La chirurgie à visée tectonique, en cas d'amincissement extrême, est rarement nécessaire, et réservée au traitement d'un defect scléral avec perforation. On pourra avoir recours à des matériaux synthétiques ou naturels (*fascia lata*, sclère, péricarde...). Aucun matériel ne doit être implanté en cas de sclérite infectieuse. La chirurgie doit être associée à un contrôle médical de l'inflammation, c'est-à-dire en recourant aux immunosuppresseurs.

■ Que faire en cas de sclérite ne répondant pas au traitement ?

Un échec du traitement anti-inflammatoire doit faire évoquer une étiologie infectieuse et tumorale. Une biopsie sclérale doit être réalisée à la recherche d'une infection (mycobactérienne, fongique, herpétique), d'une vascularite, ou d'une tumeur (carcinome épidermoïde, lymphome). Les modalités de réalisation doivent être discutées avec l'anatomopathologiste pour réaliser une immunofluorescence directe et les colorations adaptées.

Devant une sclérite unilatérale idiopathique récidivante et/ou résistante au traitement anti-inflammatoire, on évoquera une atteinte d'origine herpétique. Un traitement d'épreuve par antiviraux par voie orale à dose maximale sera instauré.

■ Prise en charge des enfants

La sclérite chez l'enfant est rare. La prise en charge est basée sur celle de l'adulte, en prenant en compte les spécificités pédiatriques. Des pathologies inflammatoires spécifiques de l'enfant requièrent un bilan

diagnostique spécialisé. La sclérite postérieure est plus fréquente en population pédiatrique et nécessite fréquemment l'utilisation d'immunosuppresseurs.

Remerciement : Drs Titah et Gargouri pour leur aide sur l'iconographie.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Ophtalmologie pédiatrique : Rapport SFO 2017. Chapitre : Épisclérites et sclérites.
- WAKEFIELD D, DI GIROLAMO N, THURAU S *et al*. Scleritis : Immunopathogenesis and molecular basis for therapy. *Prog Retin Eye Res*, 2013;35:44-62.
- BIELEFELD P, SAADOUN D, HÉRON E *et al*. Scleritis and systemic diseases: What should know the internist? *Rev Med Interne*, 2018;39:711-720.
- HÉRON E, BOURCIER T. Scleritis and episcleritis. *J Fr Ophtalmol*, 2017;40:681-695.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.