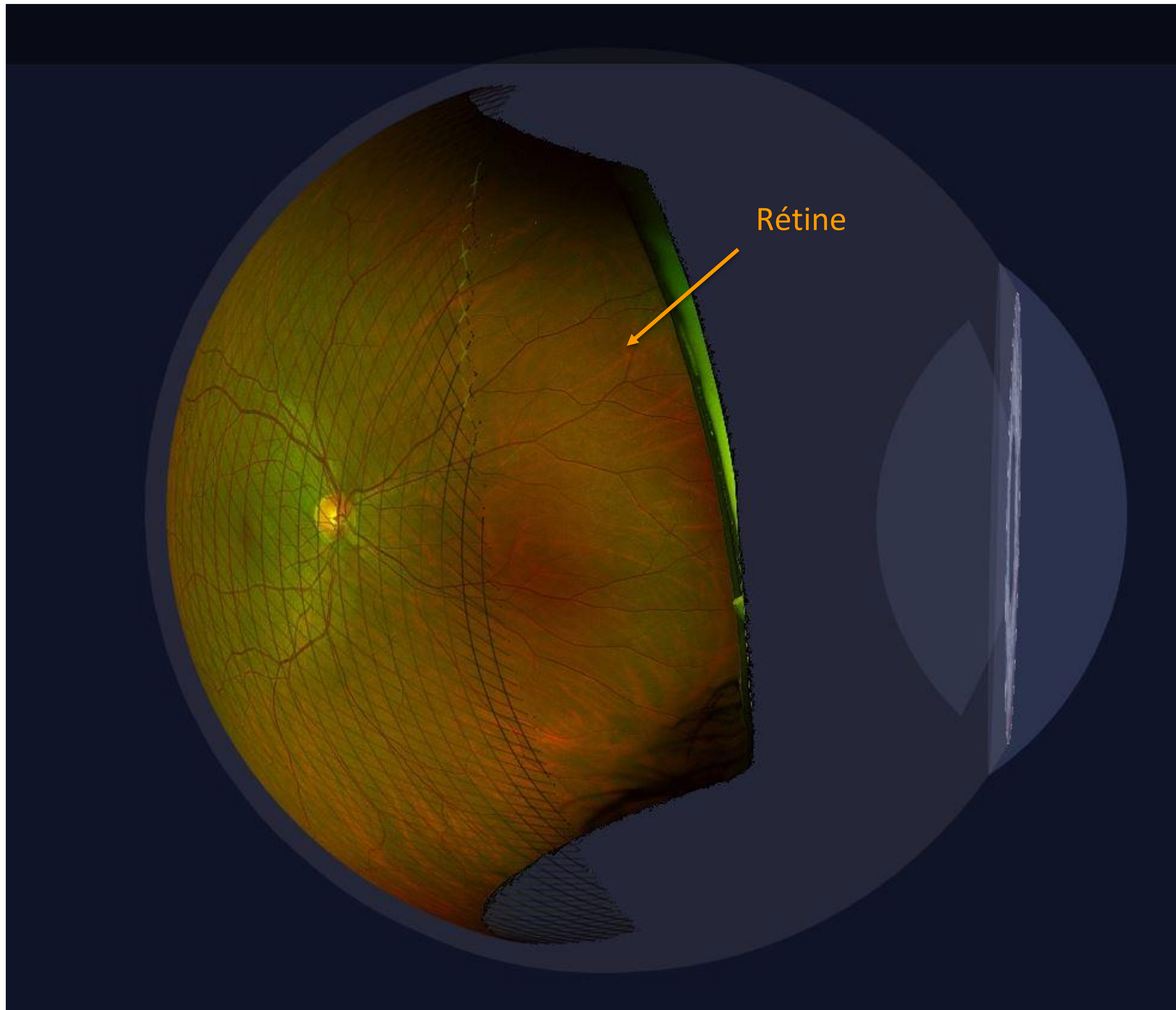


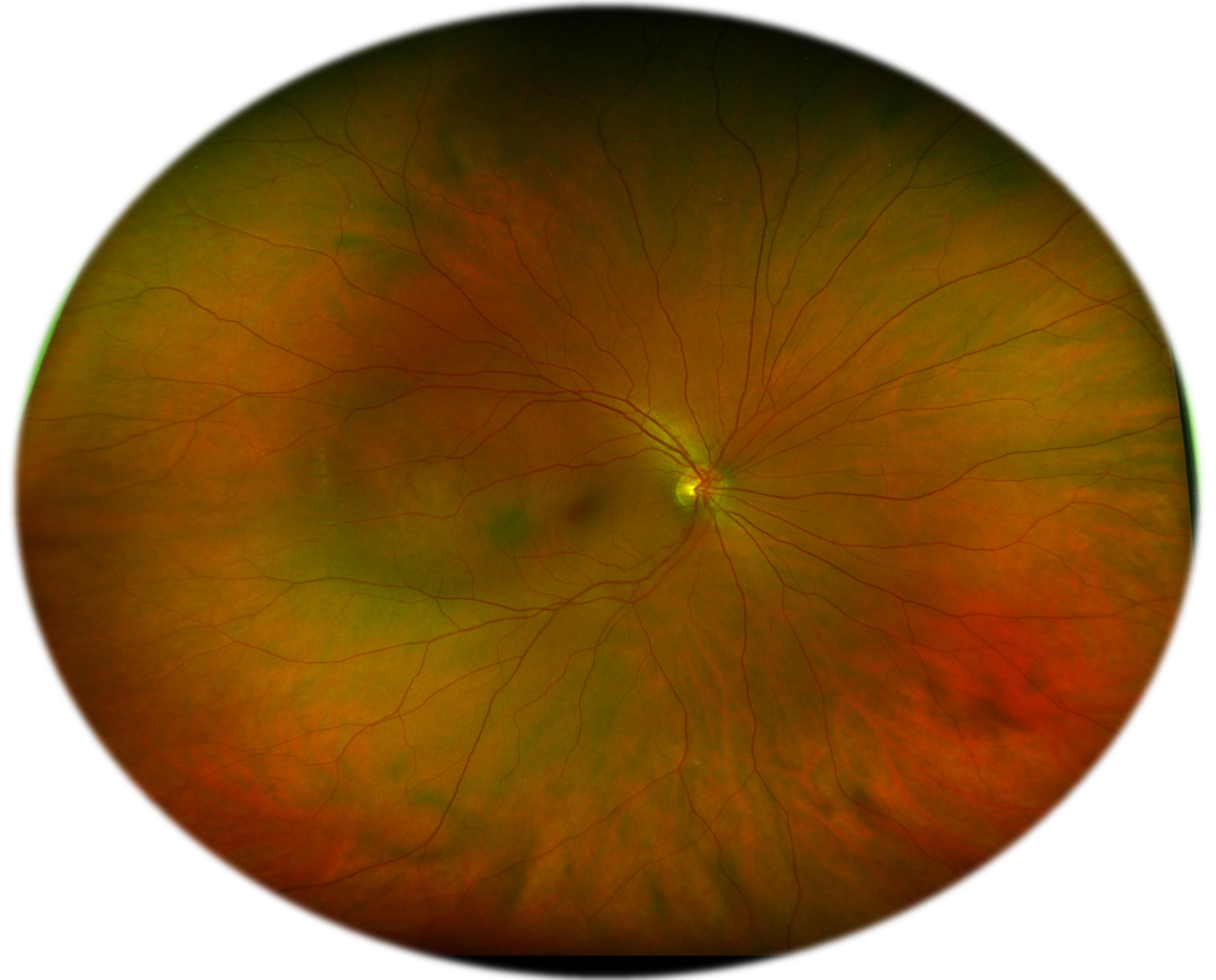
INFECTIONS INTRA OCULAIRES

DESC
Maladies infectieuses

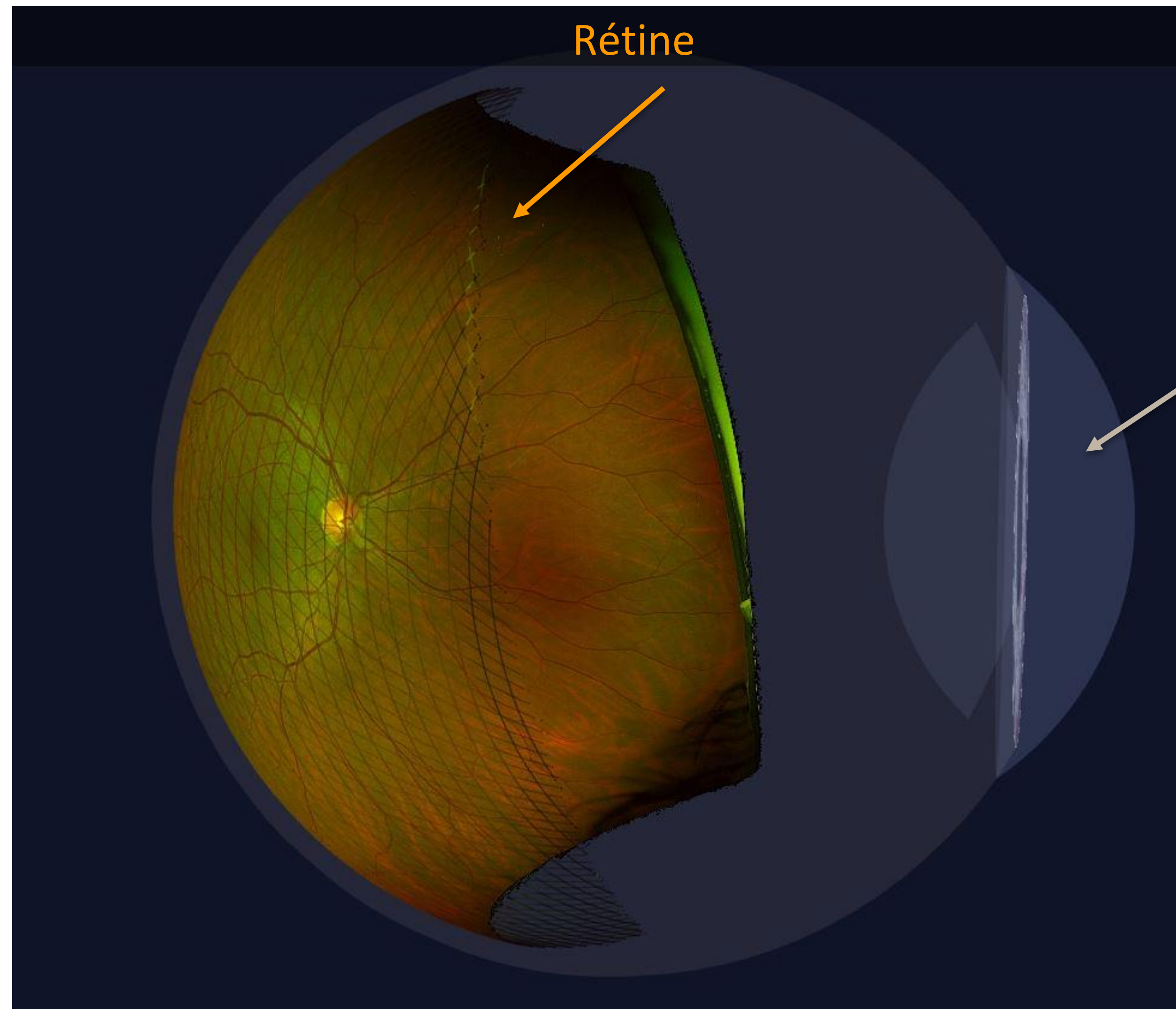
31 mars 2022



INFECTIONS du SEGMENT POSTÉRIEUR : rétine



Spécificités œil : site de prélèvement / site d'injection



HUMEUR AQUEUSE



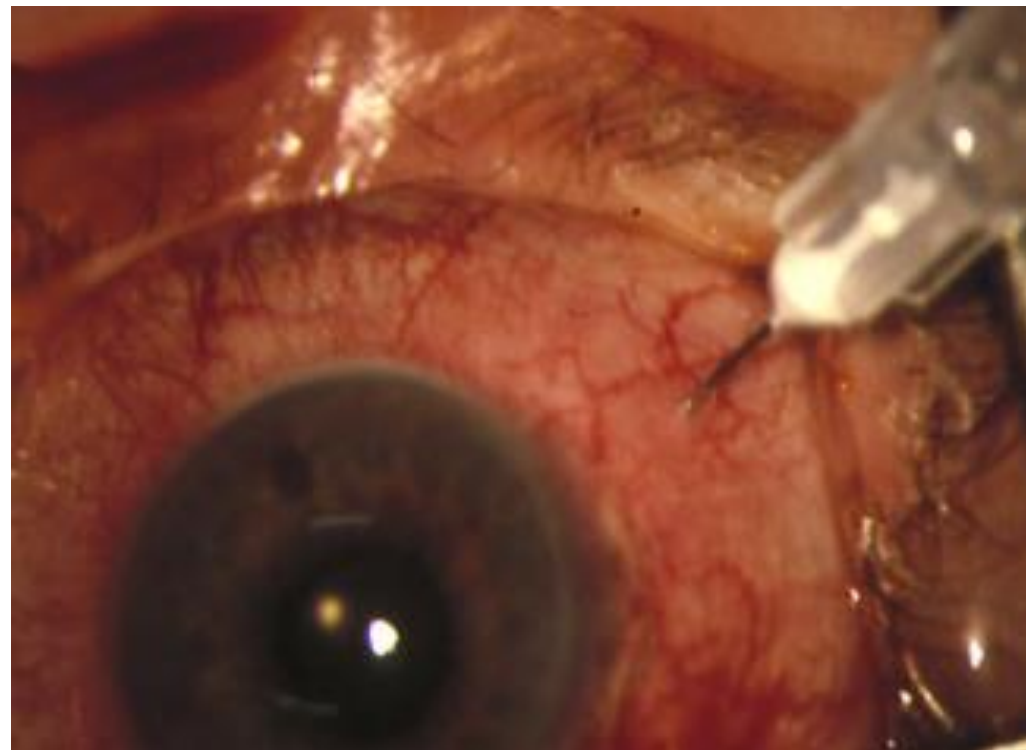
Prélèvement : analyse

- Microbiologique,
- Cellulaire,
- Cytokines ...

Spécificités œil : prélèvement de l'humeur aqueuse

Spécificités œil : site de prélèvement / site d'injection

VITRÉ

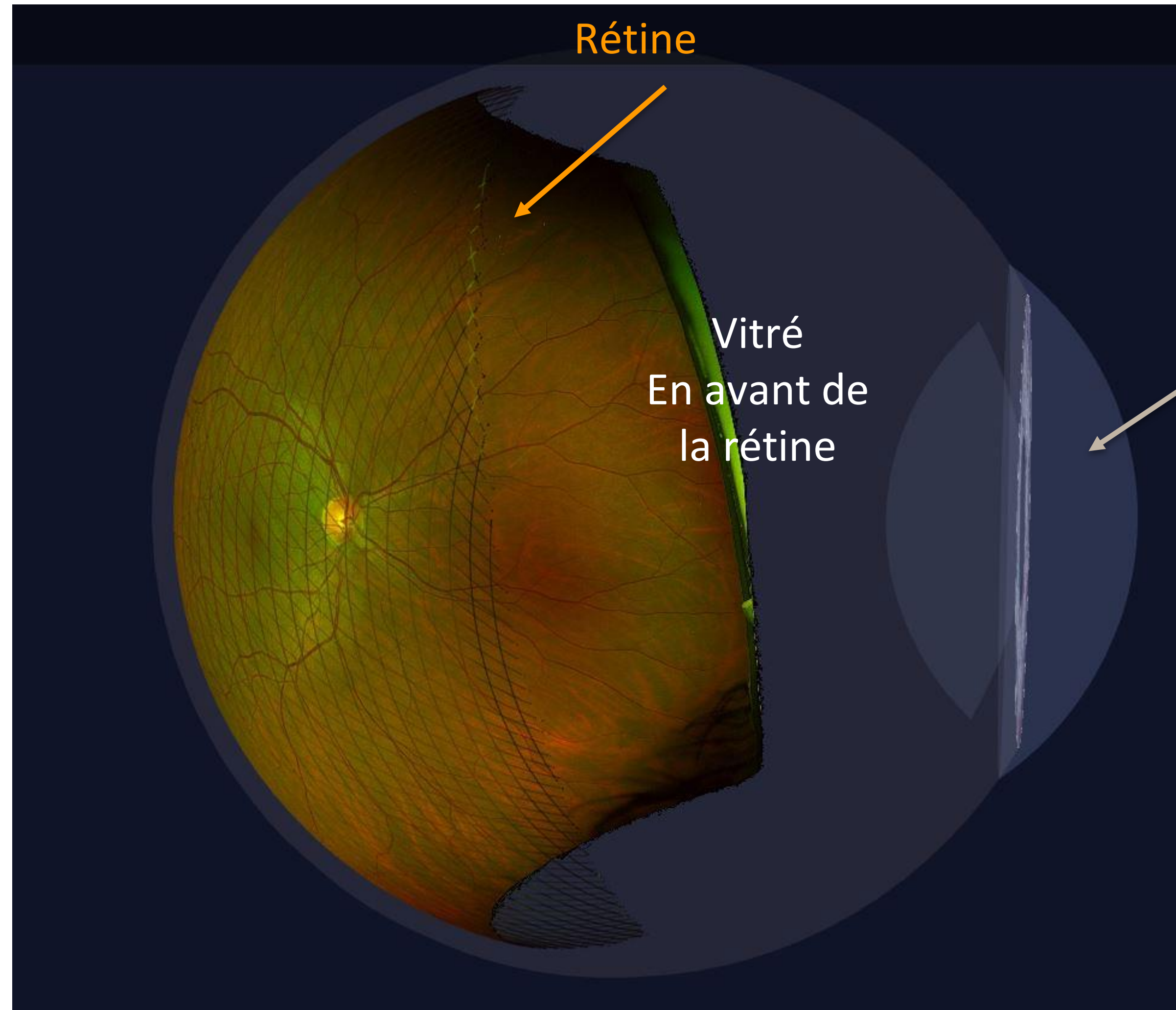


Prélèvement : analyse

- Microbiologique,
- Cellulaire,
- Cytokines ...

Traitement : injection
intra vitréenne

- Antibiotique,
- Antiviral,
- (Anti VEGF, corticoïdes)



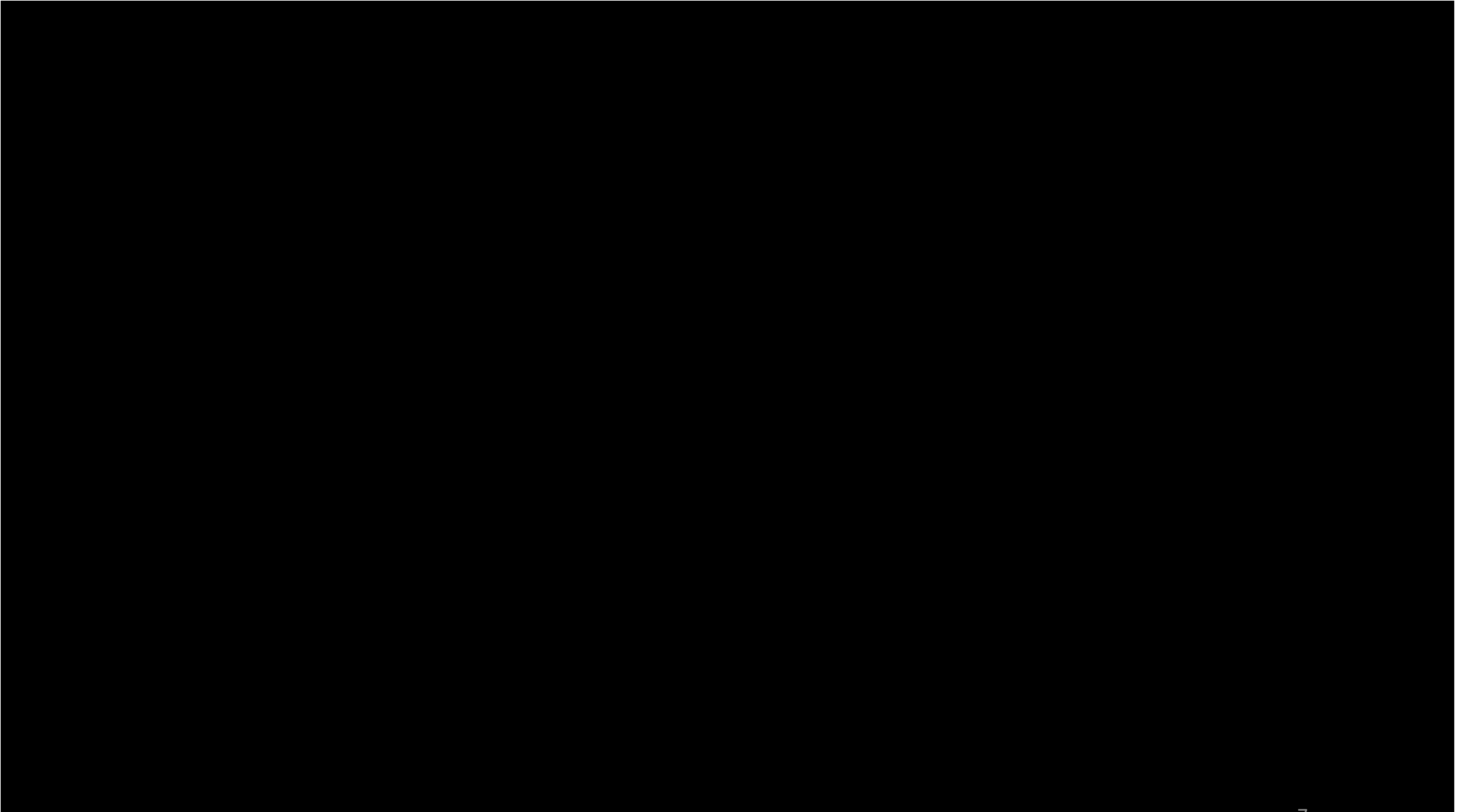
HUMEUR AQUEUSE



Prélèvement : analyse

- Microbiologique,
- Cellulaire,
- Cytokines ...

Injection intra vitréenne





Infections ENDOCULAIRES

Collaboration avec médecin infectiologue



Infection œil

Parasites

Bactéries

Virus

Champignons

iatrogénicité

PARASITES

BACTÉRIES

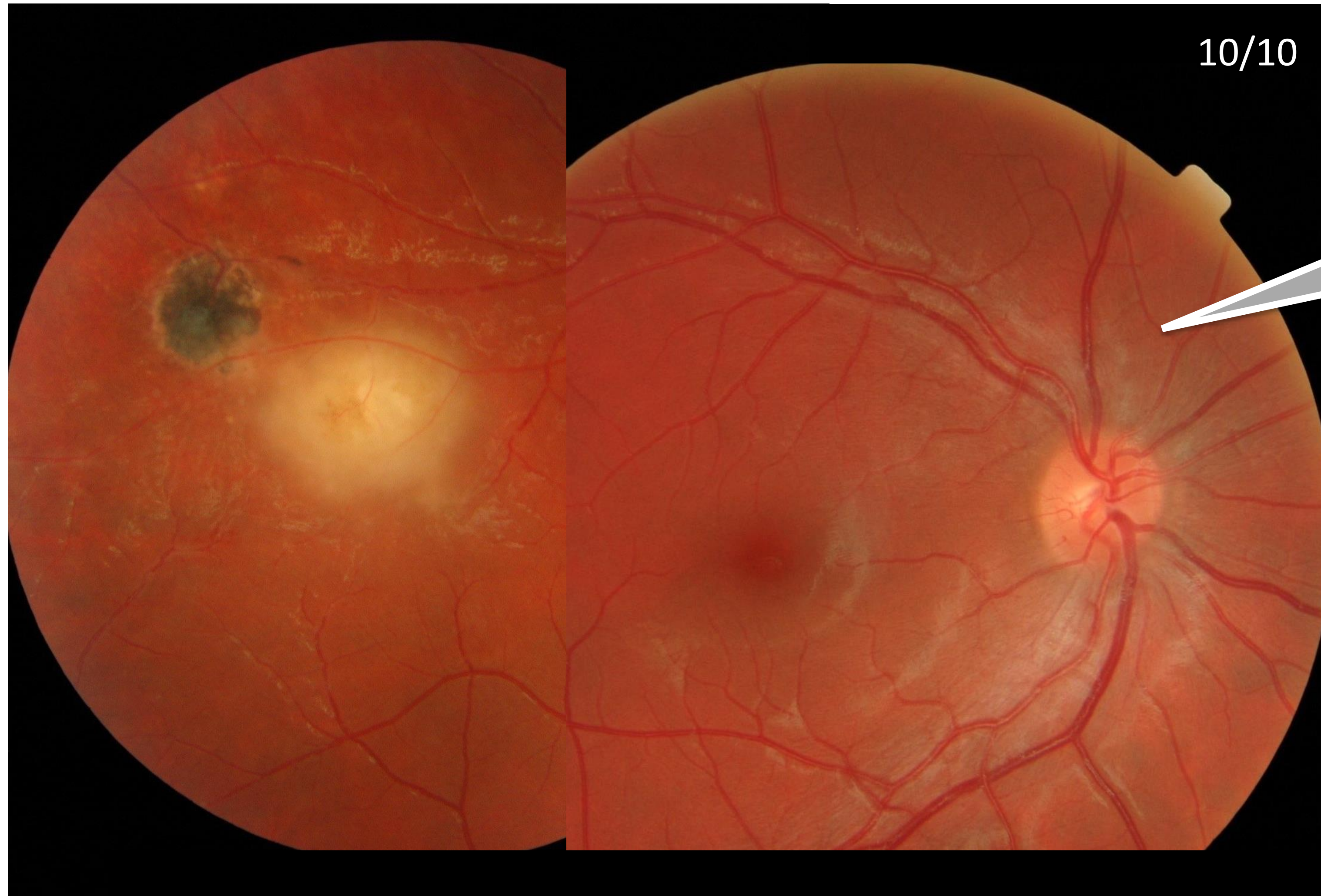
VIRUS

CHAMPIGNONS

TOXOPLASMOSE



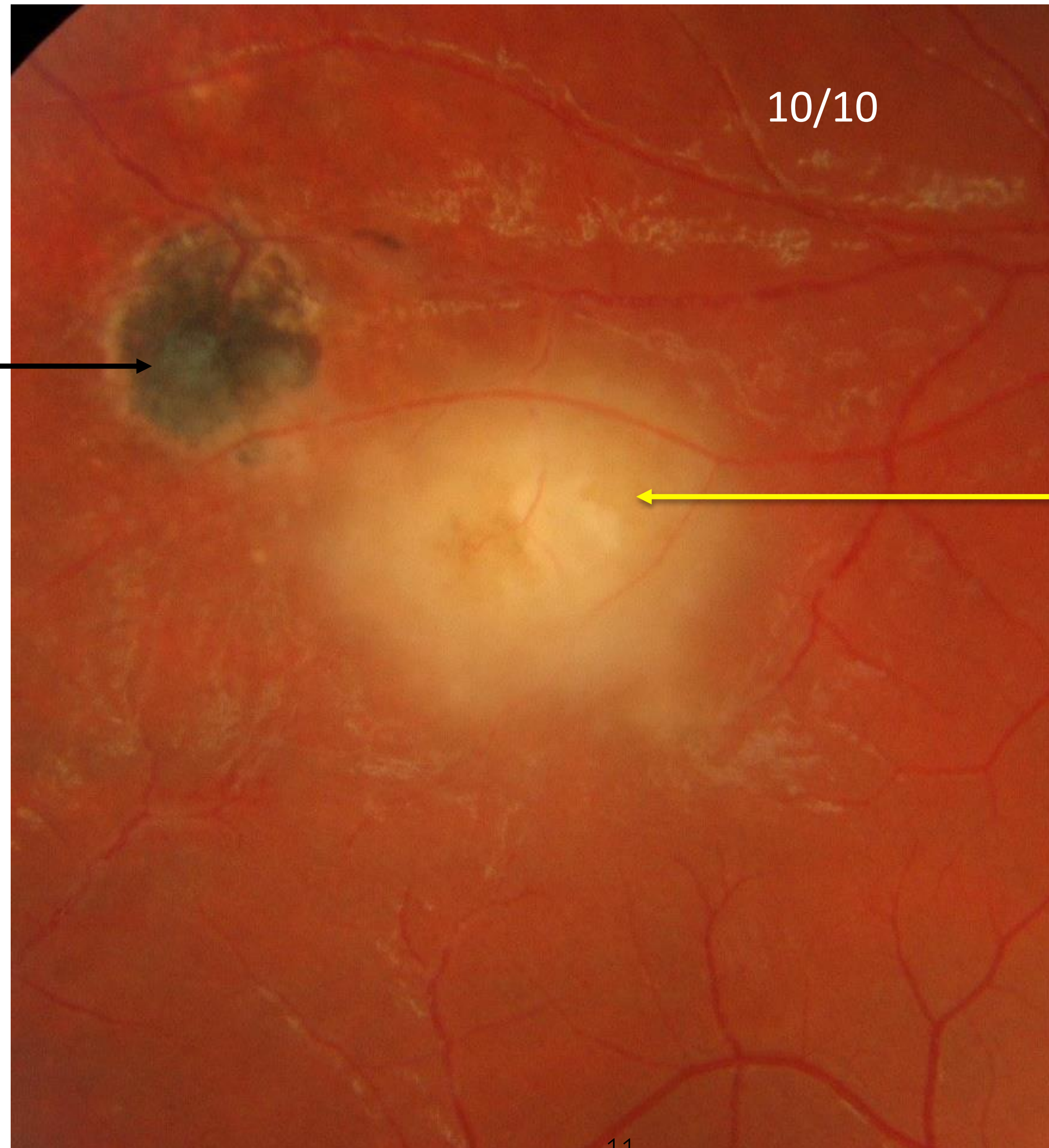
TOXOPLASMOSE CHORIO RÉTINIENNE - Cas 1



Mme M, 20 ans
Myodésopsies



TOXOPLASMOSE CHORIO RÉTINIENNE - Cas 1



Lésion pigmentée : cicatricielle



Lésion jaunâtre, mal limitée :
Lésion active



1 - La toxoplasmose chorio rétinienne survient toujours chez le patient **immuno déprimé** ; faire une sérologie VIH

FAUX



1 - La toxoplasmose chorio rétinienne survient toujours chez le patient **immuno déprimé** ; faire une sérologie VIH

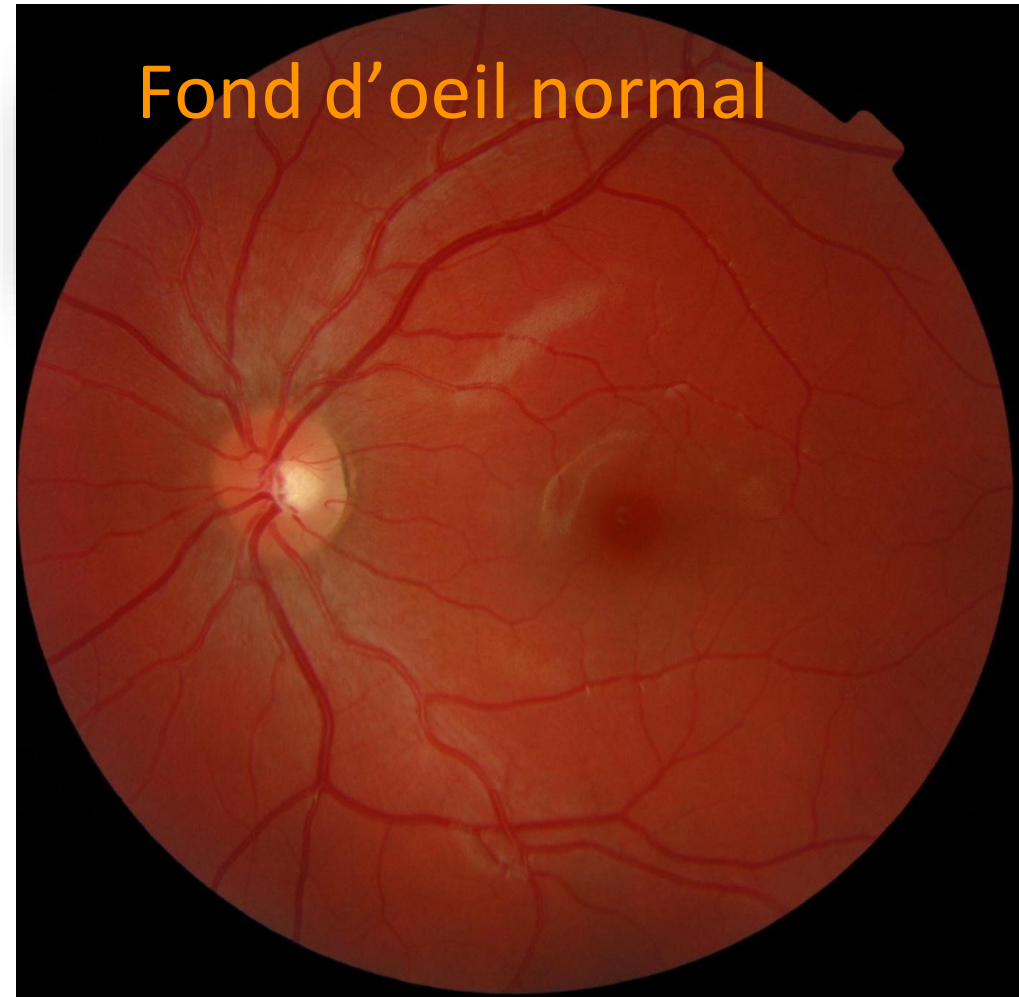
FAUX

2 - C'est toujours **congénitale**

FAUX ; **acquis 2/3**

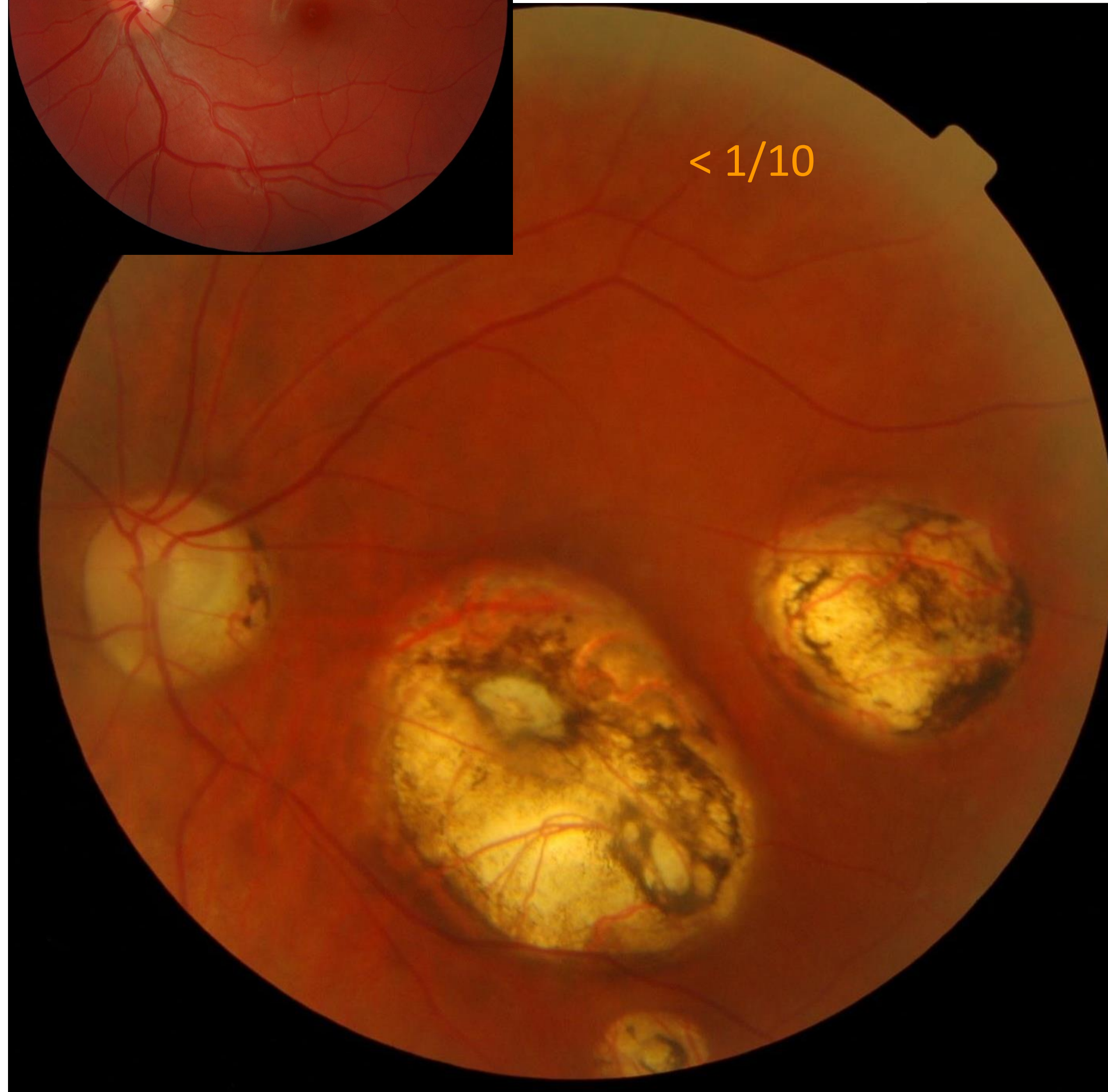


Fond d'oeil normal



TOXOPLASMOSE CHORIO RÉTINIENNE CONGÉNITALE

< 1/10



Séro conversion ☞ examen du fond d'oeil :

- Naissance, 3 mois, 6 mois, 12 mois, 18 mois, 24 mois,
- Puis tous les ans jusqu'à 7 ans

1 - La toxoplasmose chorio rétinienne survient toujours chez le patient **immuno déprimé** ; faire une sérologie VIH

FAUX

2 - C'est toujours **congénital**

FAUX ; **acquis 2/3**

3 - C'est une pathologie ophtalmologique **bénigne**

Ça dépend ...



Sévérité fonction de la LOCALISATION de la lésion par rapport ...

La MACULA

Foyer proche de la macula

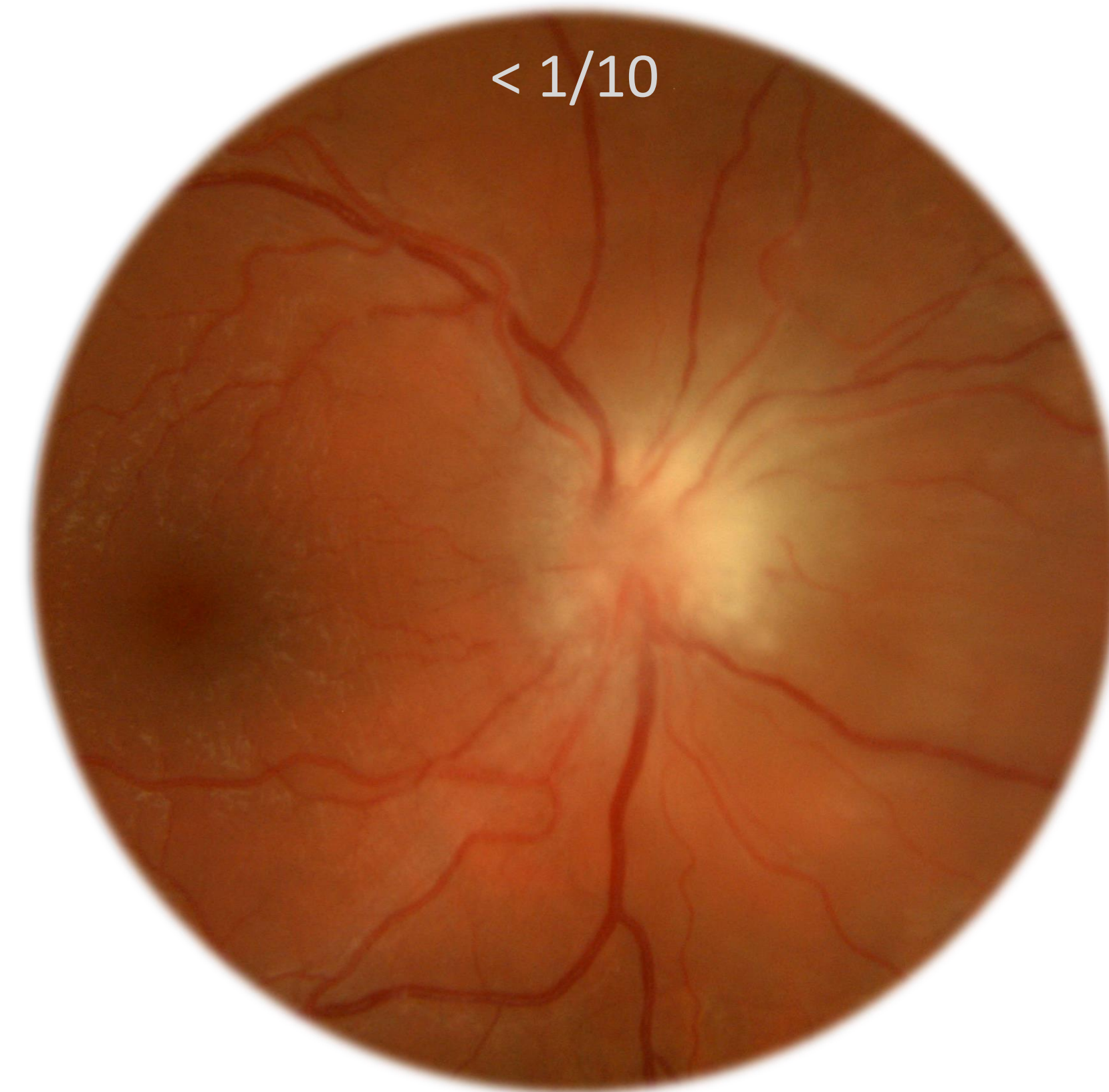


Foyer dans la macula

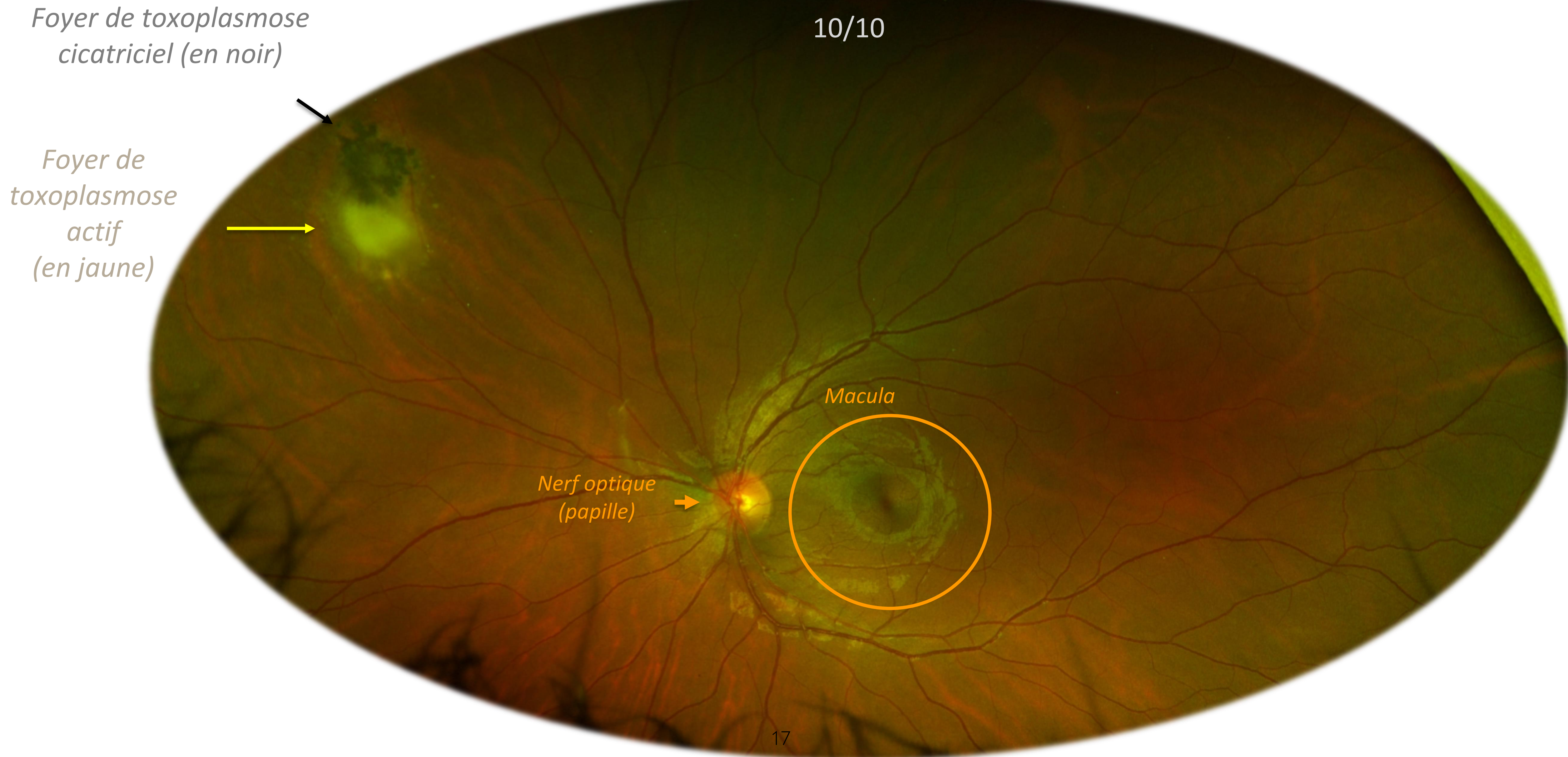


Au NERF OPTIQUE

Foyer papillaire : nerf optique



FOYER PÉRIPHÉRIQUE : de la macula, loin du nerf optique



1 - La toxoplasmose chorio rétinienne survient toujours chez le patient **immuno déprimé** ; faire une sérologie VIH

FAUX

2 - C'est toujours **congénital**

FAUX ; **acquis 2/3**

3 - Pathologie ophtalmologique **bénigne**

Ça dépend ...

4 - Quel est le **traitement** ?



TOXOPLASMOSE CHORIO RÉTINIENNE - Cas 1

TRAITEMENT

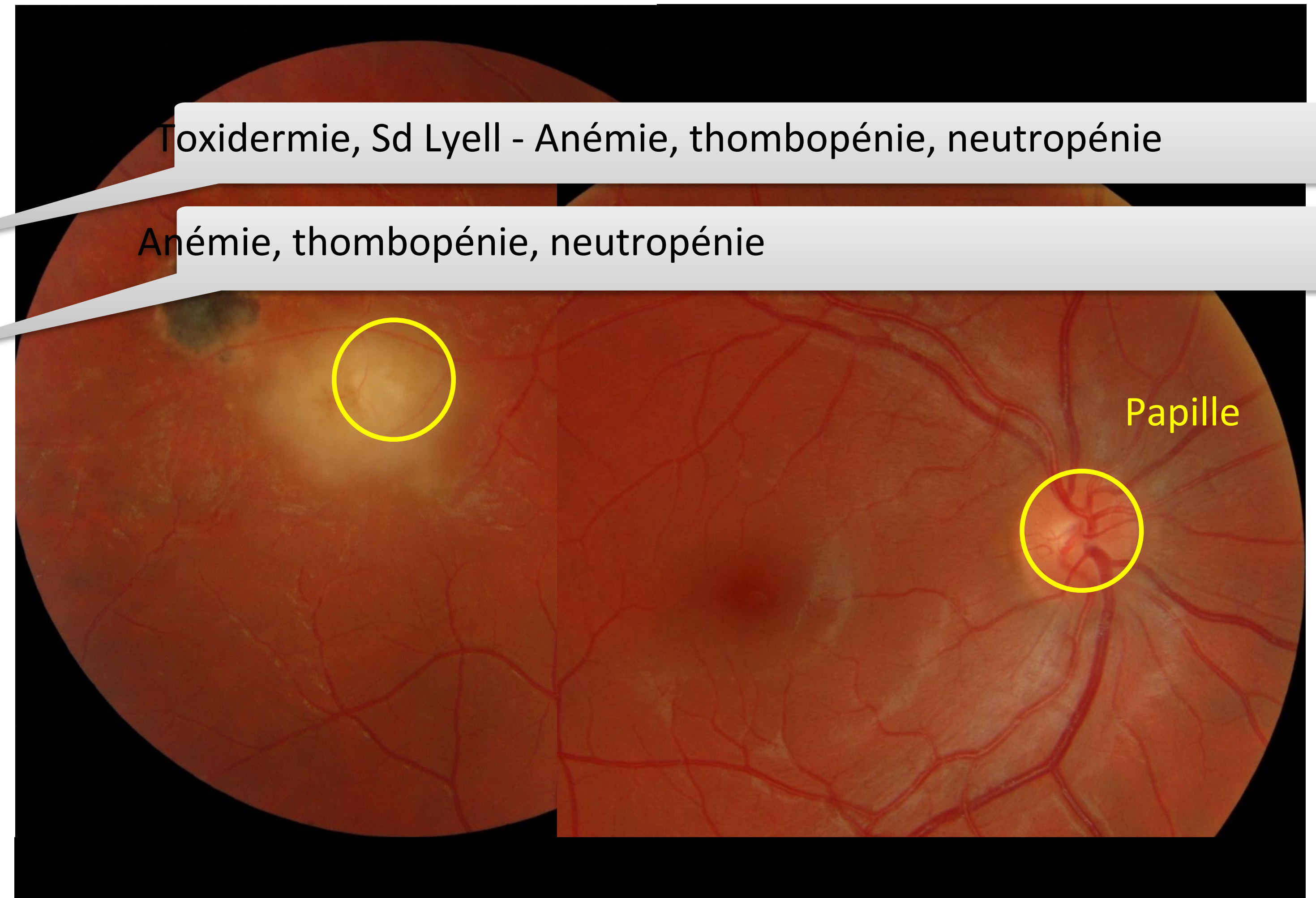
1) AZITHROMYCINE 250 mg/j

Ou SULFADIAZINE 2 cp x 4/j

2) PYRIMÉTHAMINE 50 mg/j

3) ACIDE FOLINIQUE 5 mg/j

3 à 4 sem de traitement par
surface papillaire



TOXOPLASMOSE CHORIO RÉTINIENNE - Cas 1

TRAITEMENT

AZITHROMYCINE 250 mg/j

PYRIMÉTHAMINE 50 mg/j

ACIDE FOLINIQUE 5 mg/j



Examen initial



A 3 semaines du traitement

Lésion cicatricielle

Thrombopénie

1 - La toxoplasmose chorio rétinienne survient toujours chez le patient **immuno déprimé** ; faire une sérologie VIH

FAUX

2 - C'est toujours **congénitale**

FAUX ; acquis 2/3

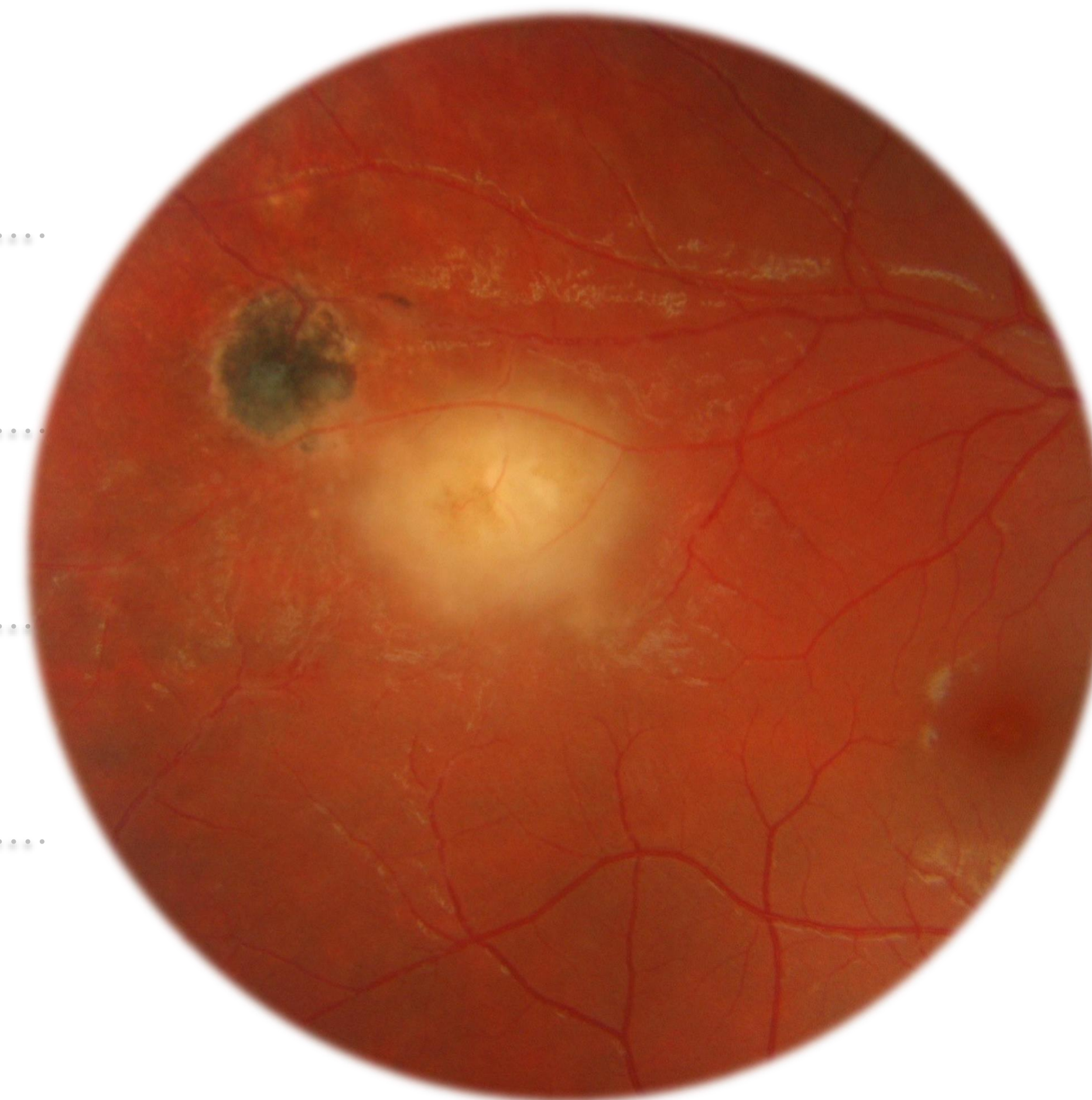
3 - Pathologie ophtalmologique **bénigne**

Ça dépend ...

4 - Quel est le **traitement** ?

AZITHROMYCINE - PYRIMÉTHAMINE

Oui, mais ...

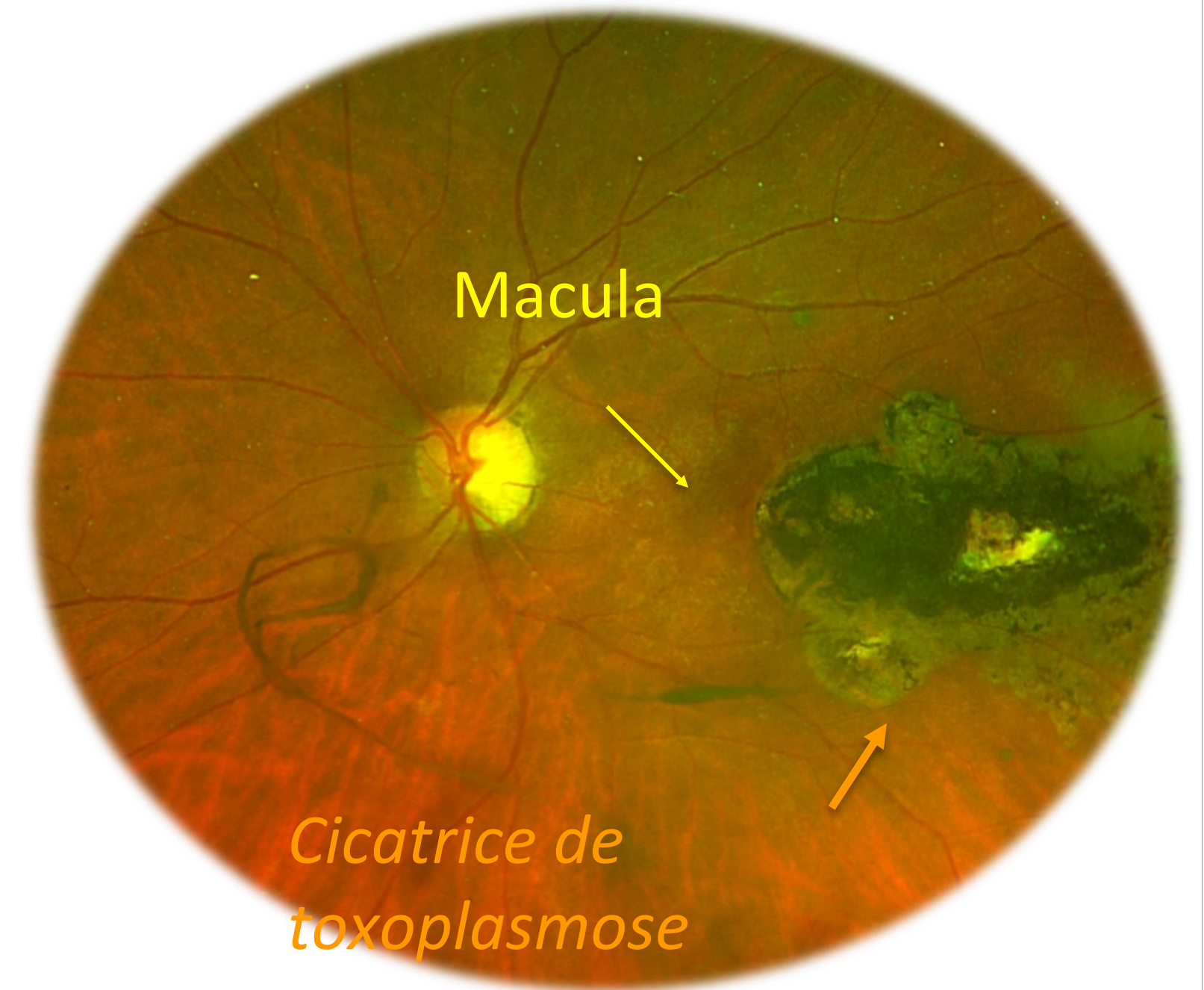


TOXOPLASMOSE CHORIO RÉTINIENNE - Cas 2

Vision normale



Vision de la patiente

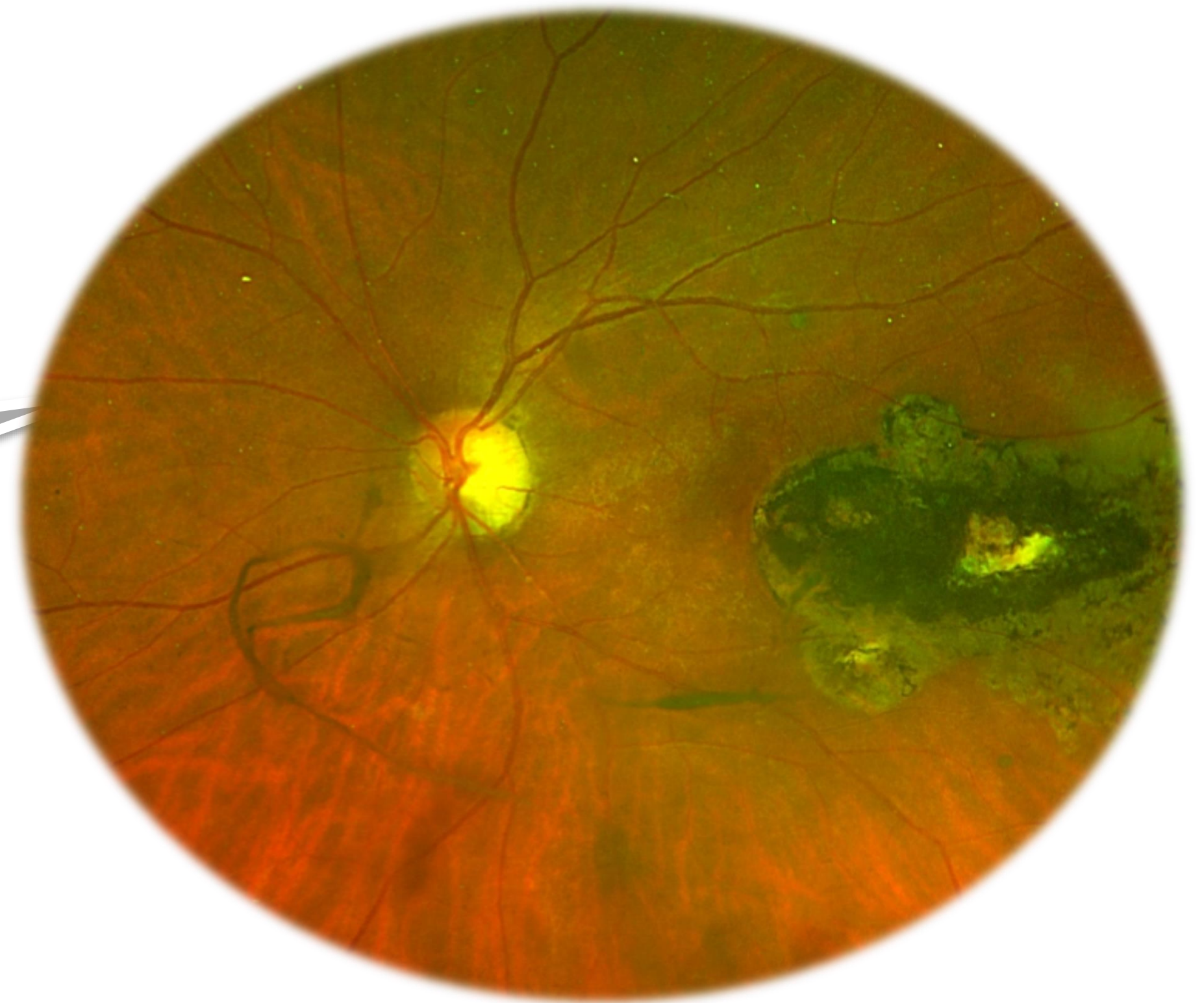


Lésion cicatricielle de toxoplasmose de grande taille ➔ atteinte du champ visuel

TOXOPLASMOSE CHORIO RÉTINIENNE - Cas 2

TOXOPLASMOSE ACQUISE : patiente IMMUNO DÉPRIMÉE

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



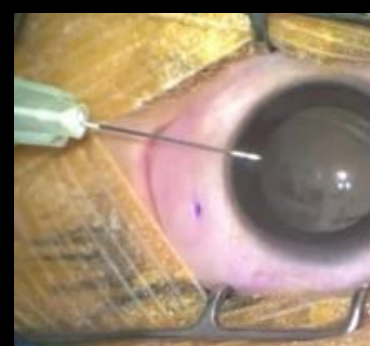
Traitement HYDROXYCHLOROQUINE AZIATHOPRINE PREDNISONNE 5 mg/j

Allergie MACROLIDES PENICILLINE SULFADIAZINE PYRIMÉTHAMINE

Allergie MACROLIDES SULFADIAZINE PYRIMÉTHAMINE

Large foyer actif de toxoplasmose

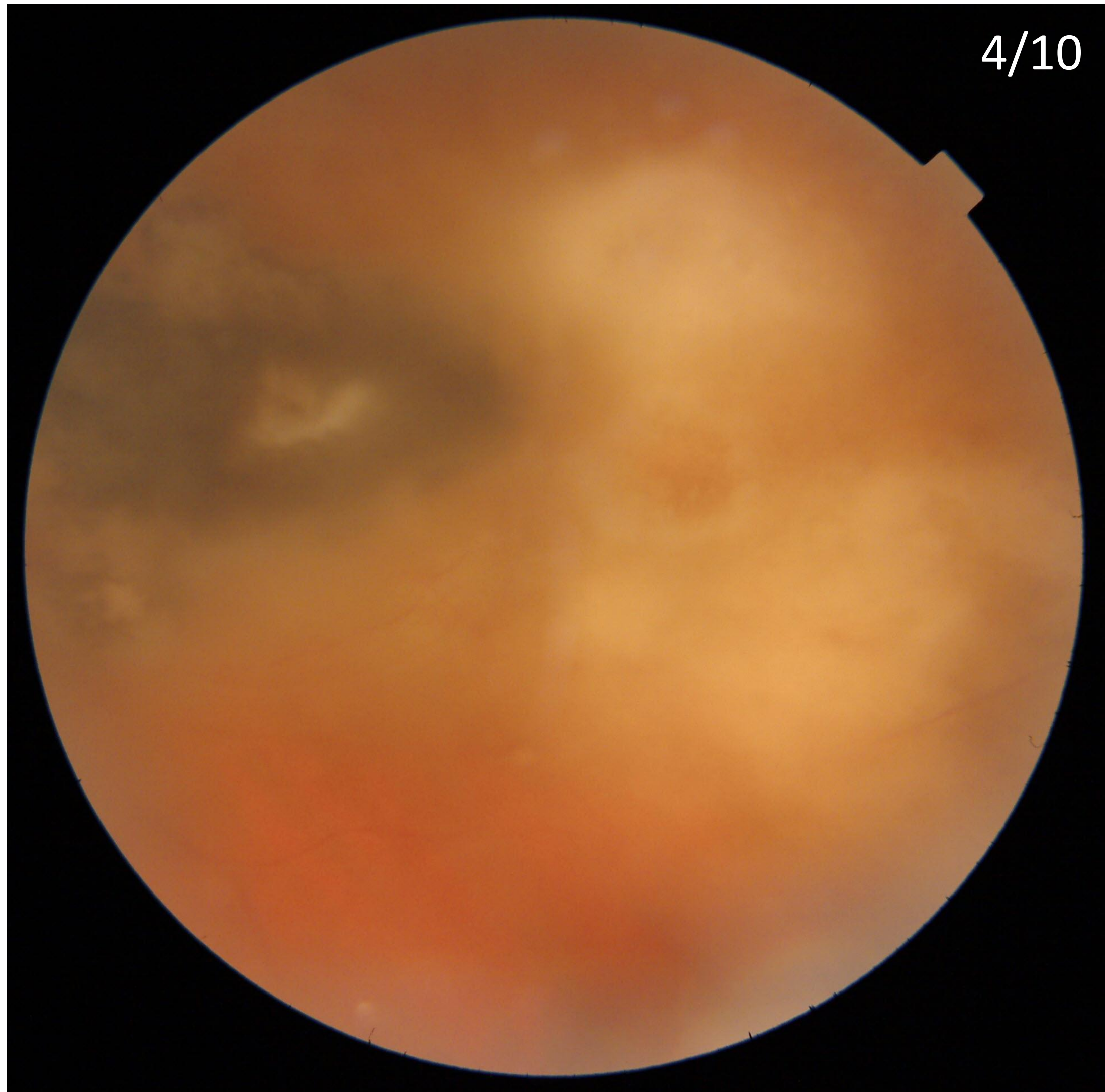
CLINDAMYCINE per os :
échec thérapeutique, intolérance



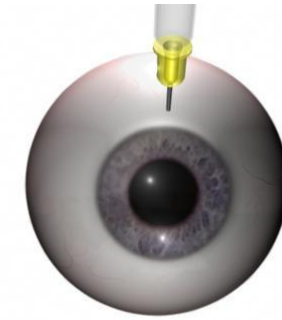
Prélèvement humeur aqueuse :

- PCR Virale -
- PCR Toxo +

Avant injection intra vitrénne



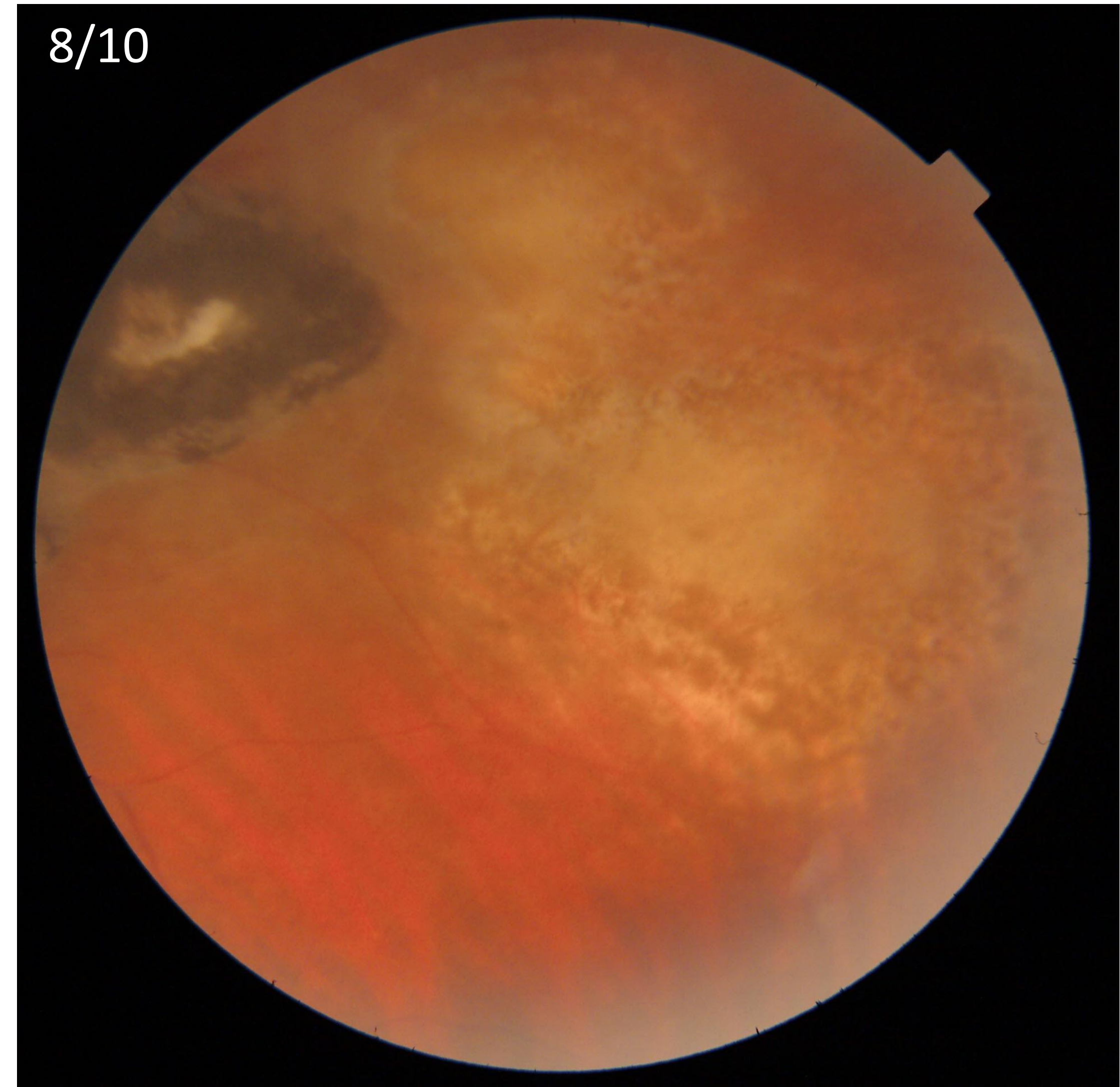
4/10



Clindamycine
1 mg / 0,1 ml
3 injections

Bétaméthasone
(Célestène®)
2 injections

Après injection intra vitrénne




8/10

TOXOPLASMOSE CHORIO RÉTINIENNE – Traitement général ou local ?



IVT
Clindamycine 1 mg
DXM 400 µ

Per os (4 sem par Ø papillaire)
Sulfadiazine ou Azithromycine
Pyriméthamine
Acide folique
± corticothérapie



5 - Risque de **récidive** ?

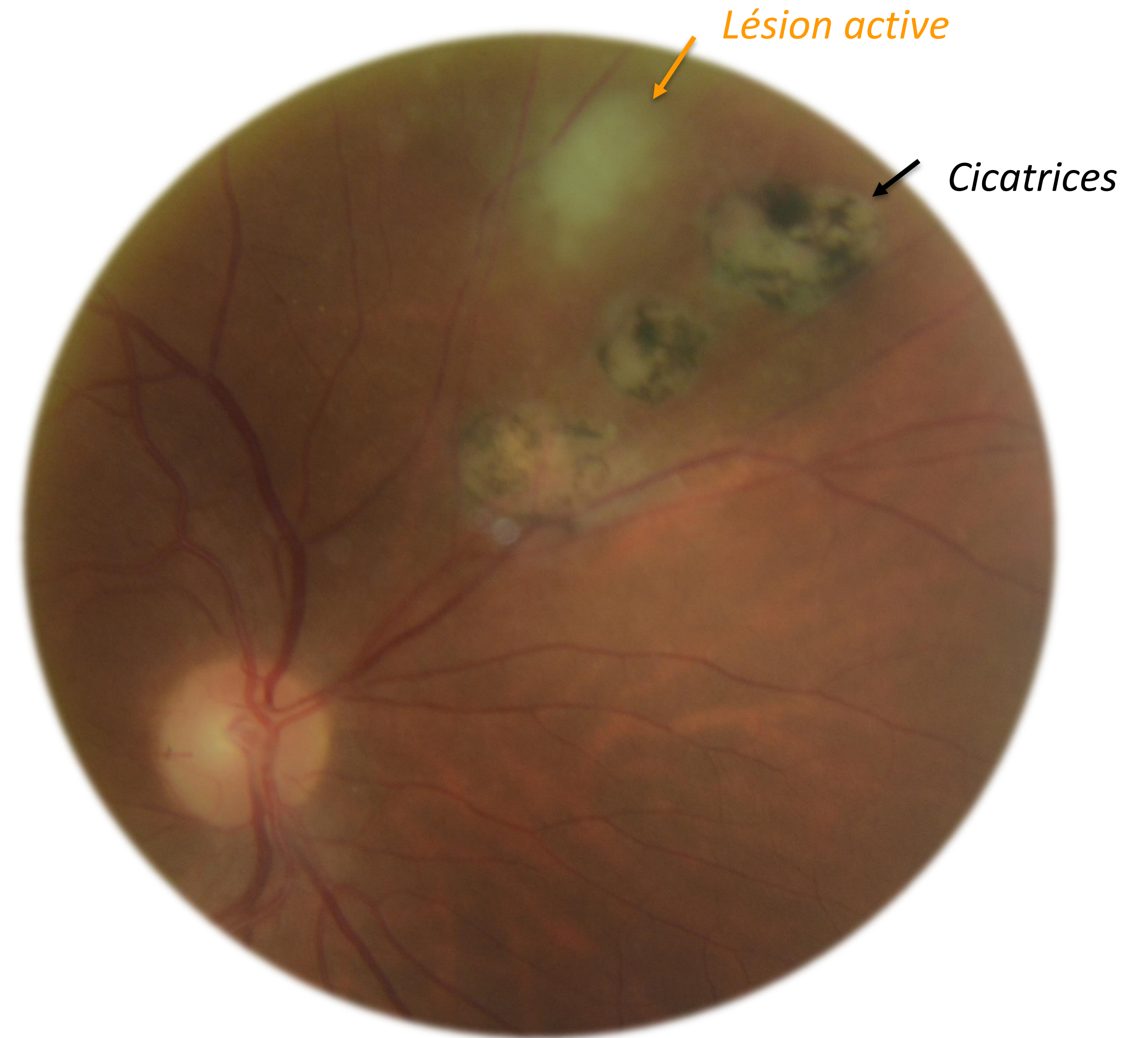


TOXOPLASMOSE CHORIO RÉTINIENNE

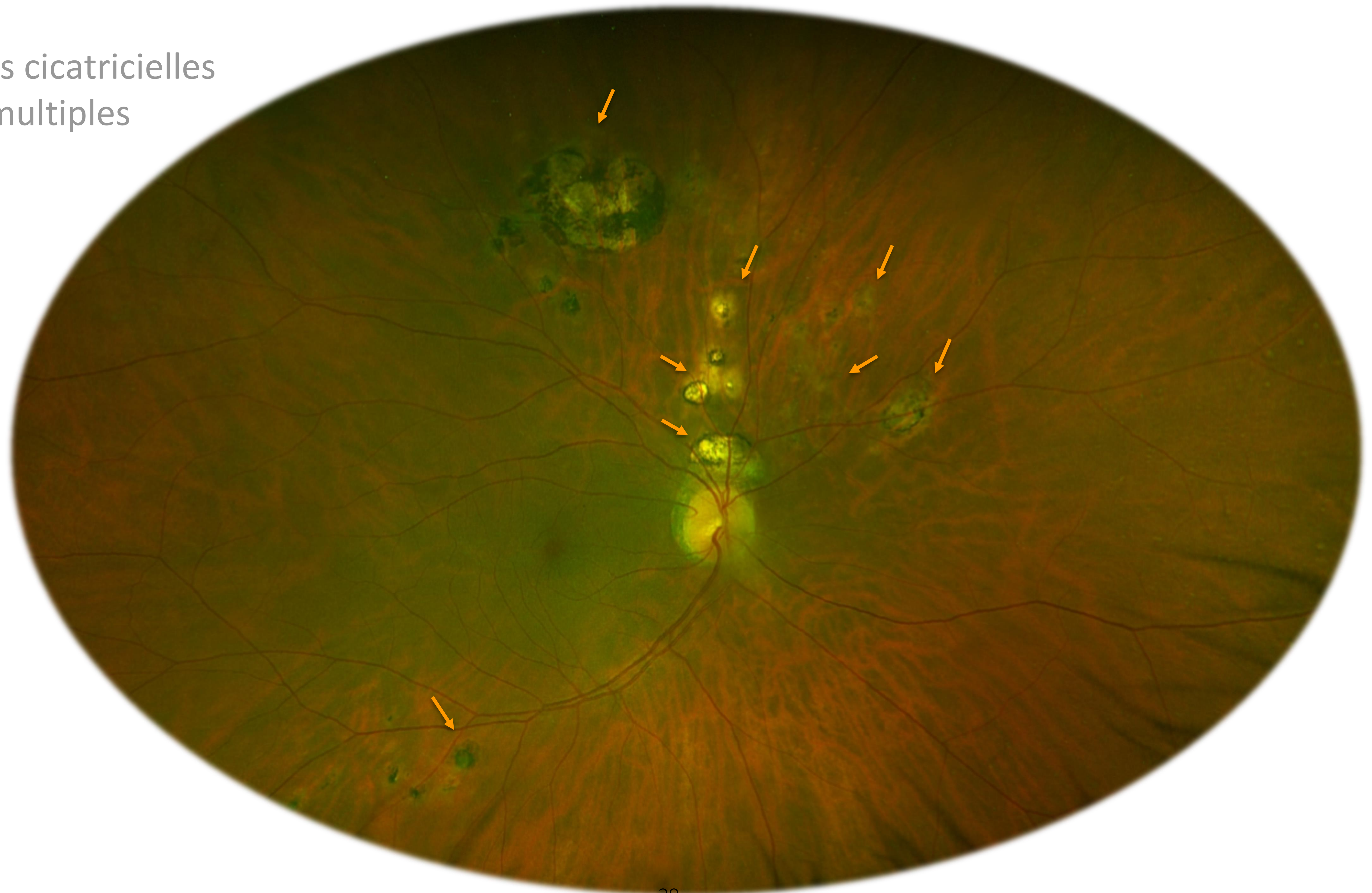
RÉCIDIVES

- Risque maximal : **26 %** dans l'année suivant la dernière poussée
- Diminution du risque ensuite

Chaque nouvelle lésion ⇨ **cicatrice**



Lésions cicatricielles multiples



5 - Risque de **récidive** ?

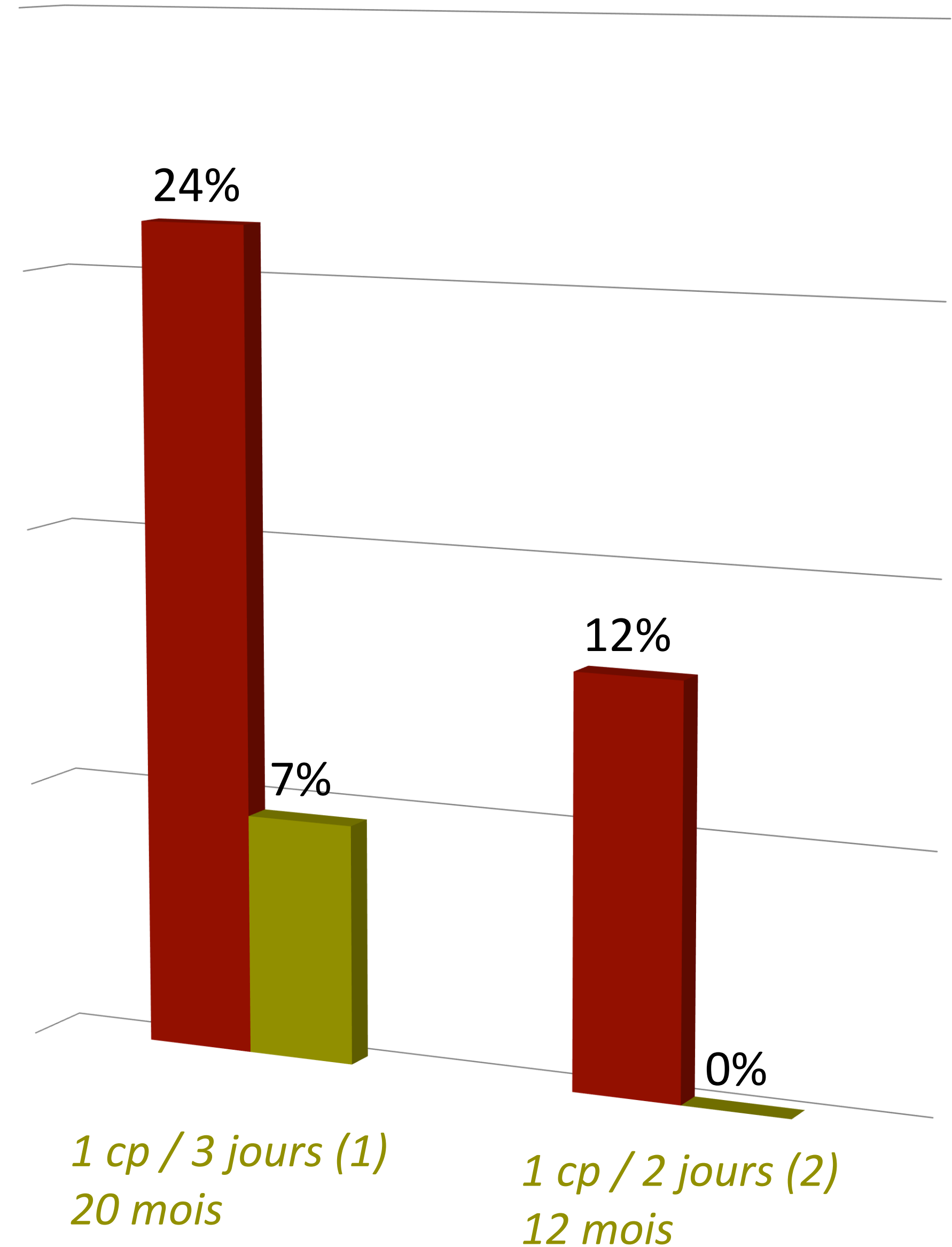
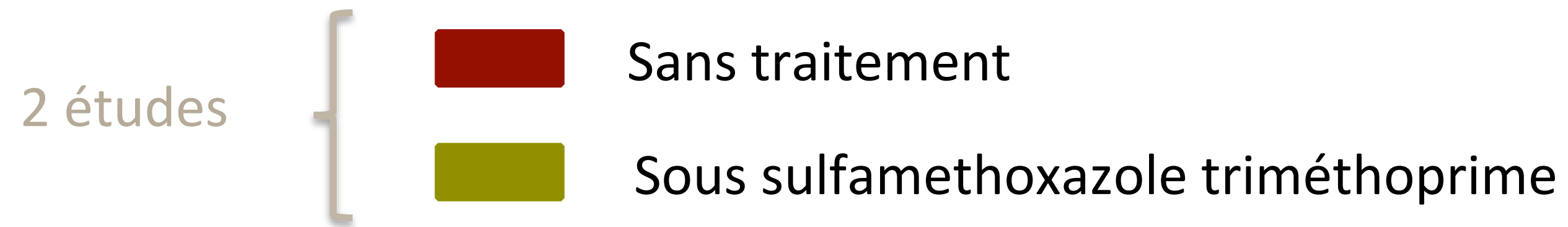
26 % dans les 12 mois

6 - Traitement pour diminuer les récidives ?



Traitement préventif des récurrences de toxoplasmose choro rétinienne ?

Sulfaméthoxazole + Triméthoprime



(1) Silveira et al. Am J Ophthalmol 2002

(2) Felix et al. Am J Ophthalmol 2014

5 - Risque de **récidive** ?

26 % dans les 12 mois

6 - Traitement pour diminuer les récurrences ?

OUI

Sulfaméthoxazole + Triméthoprime

7 - Si la patiente était **enceinte** : quel serait le risque pour son enfant ?

AUCUN



TOXOPLASMOSE chorio rétinienne

T
O
X
O
P
L
A
S
M
O
S
E



Message

Clinique

Patient immunocompétent

Association

Lésion cicatricielle / Lésion active

Diagnostic

Clinique

Cas atypique : prélèvement humeur aqueuse

Prise en charge

OPH

- Traitement NON systématique

- 1^{ère} intention per os :

AZITHROMYCINE – PYRIMETHAMINE

- 2^e intention ou selon les cas : IVT

CLINDAMYCINE

IVT : Injection intra Vitréenne

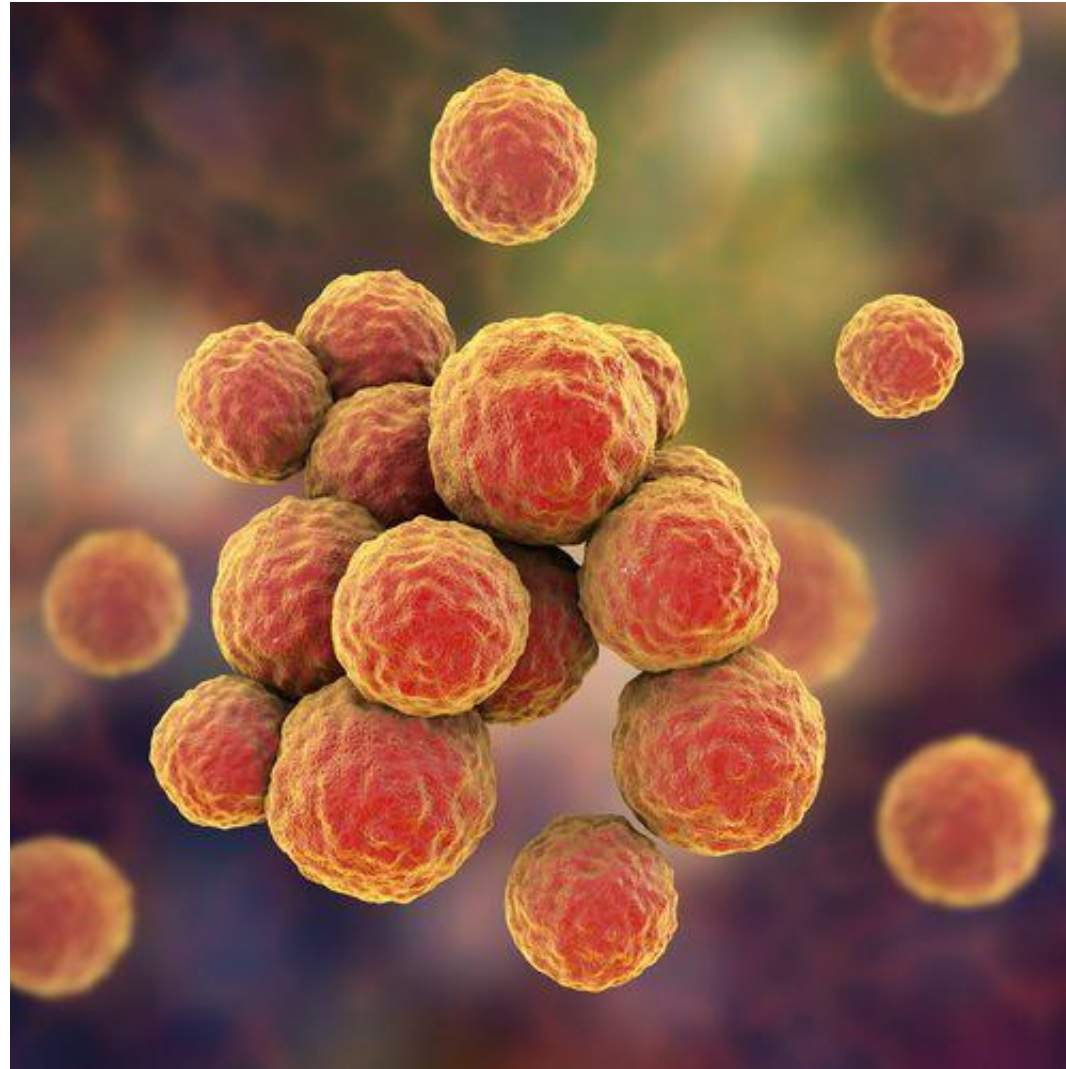
PARASITES

BACTÉRIES

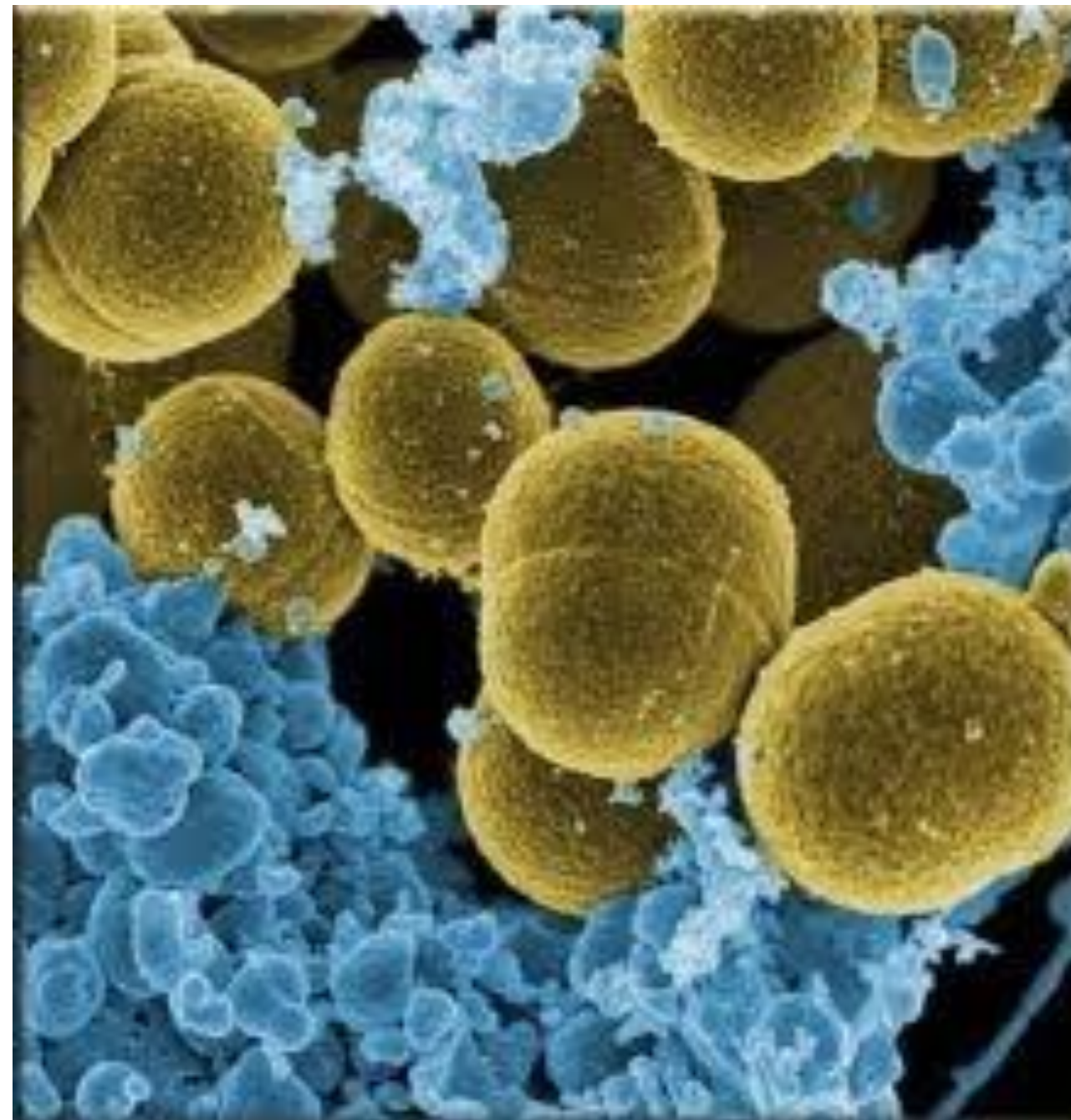
VIRUS

CHAMPIGNONS

STAPHYLOCOQUE



STREPTOCOQUE



SYPHILIS



BARTONELLOSE



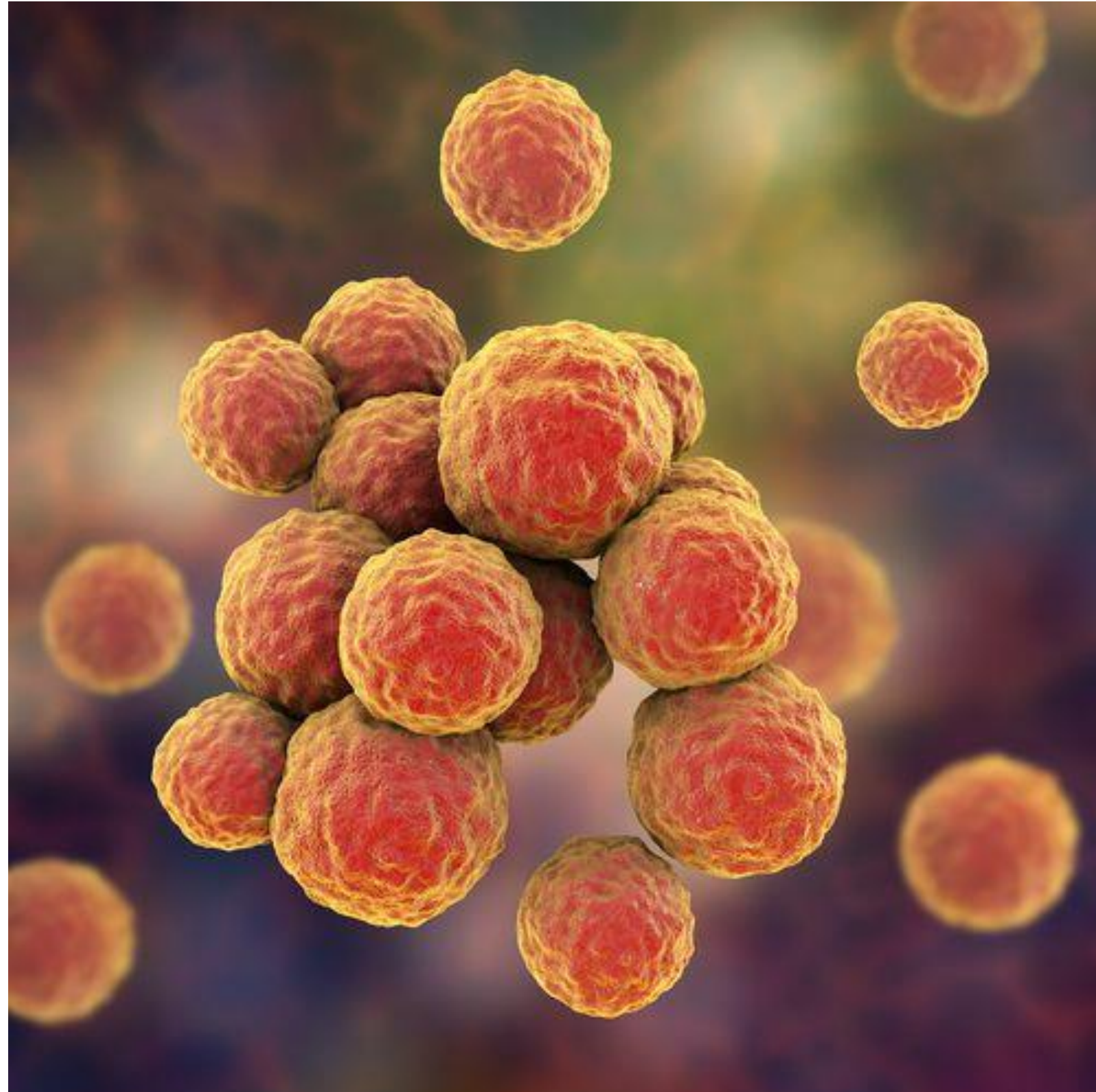
34
TUBERCULOSE

PARASITES

BACTÉRIES

VIRUS

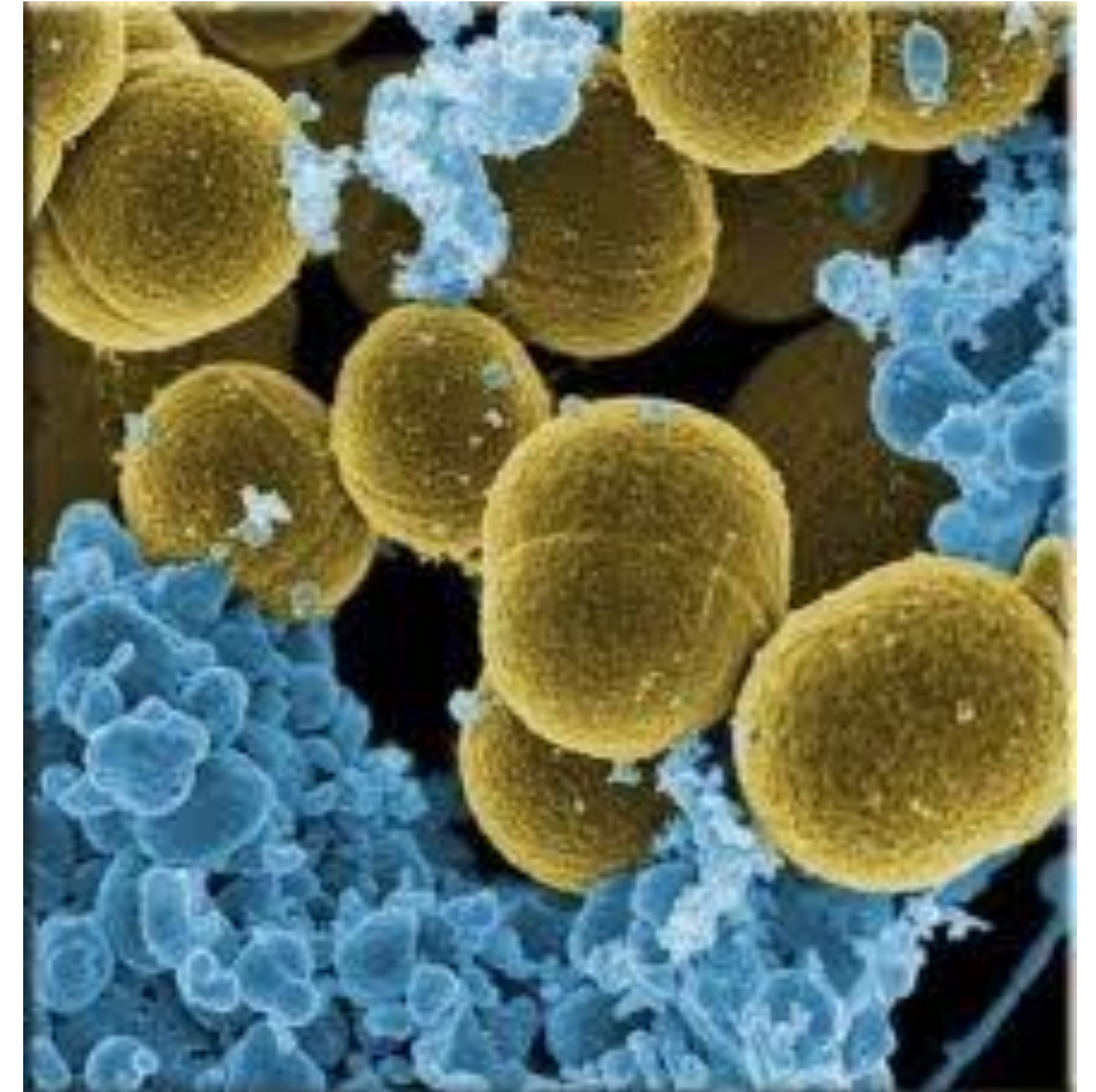
CHAMPIGNONS



STAPHYLOCOQUE

STREPTOCOQUE

ENDOPHTALMIES



2 circonstances

Endophtalmies EXOgènes

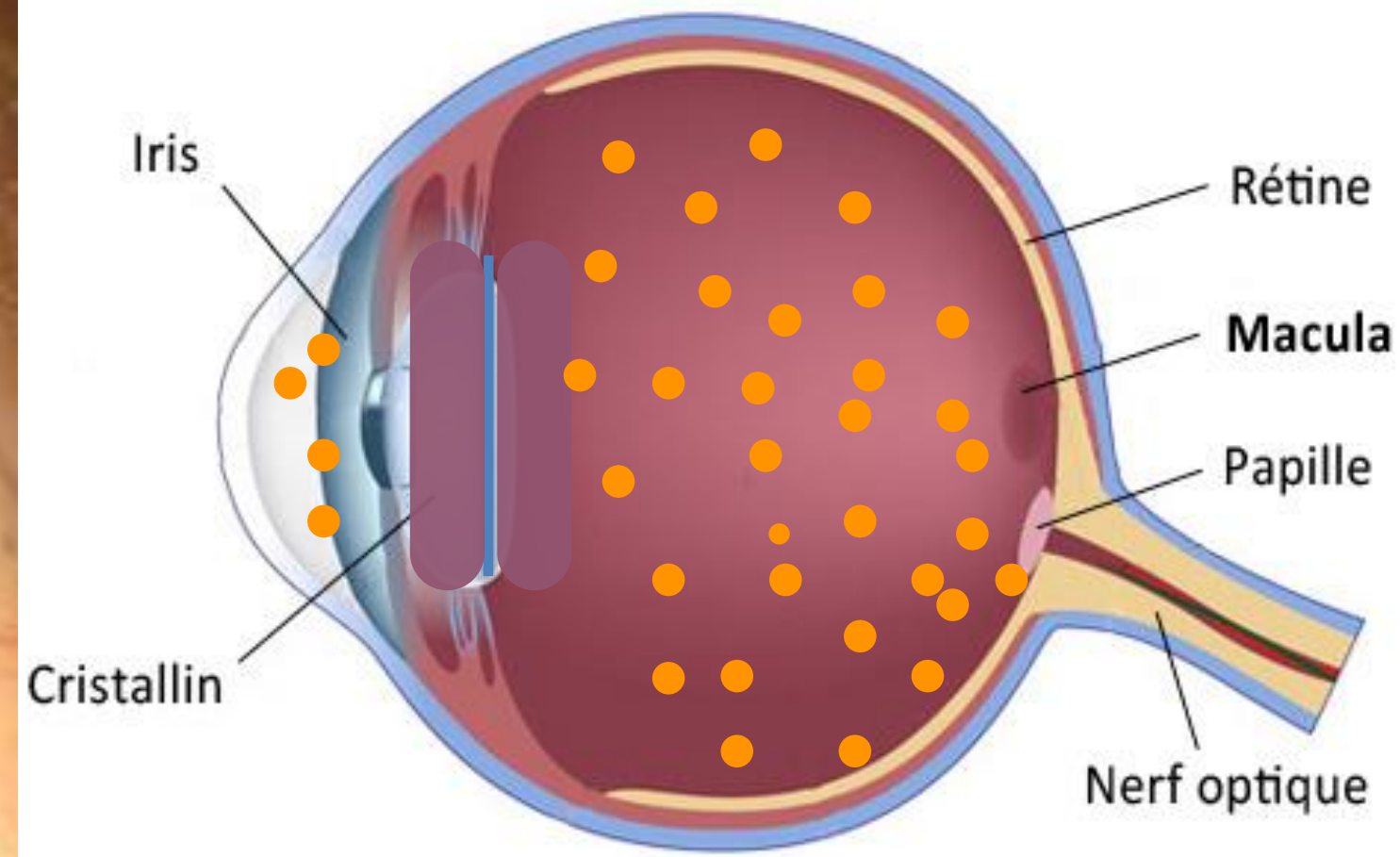
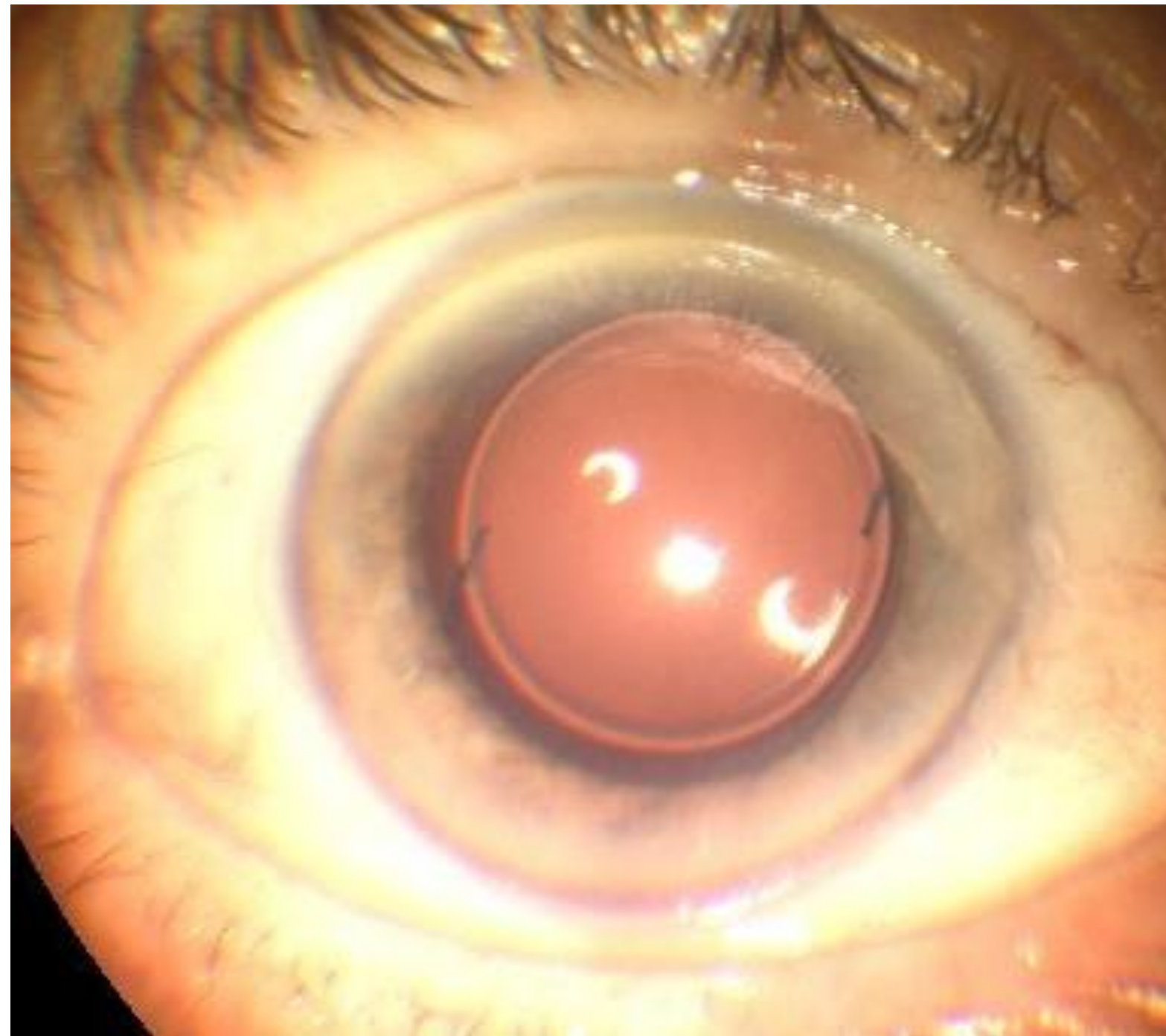
Post opératoire
Après une plaie oculaire

Endophtalmies ENDOgènes
TRÈS RARES

2nd à un foyer extra oculaire
Dissémination hématogène

Endophtalmies post opératoires

J 1 post opératoire



J 5 post opératoire



URGENCE

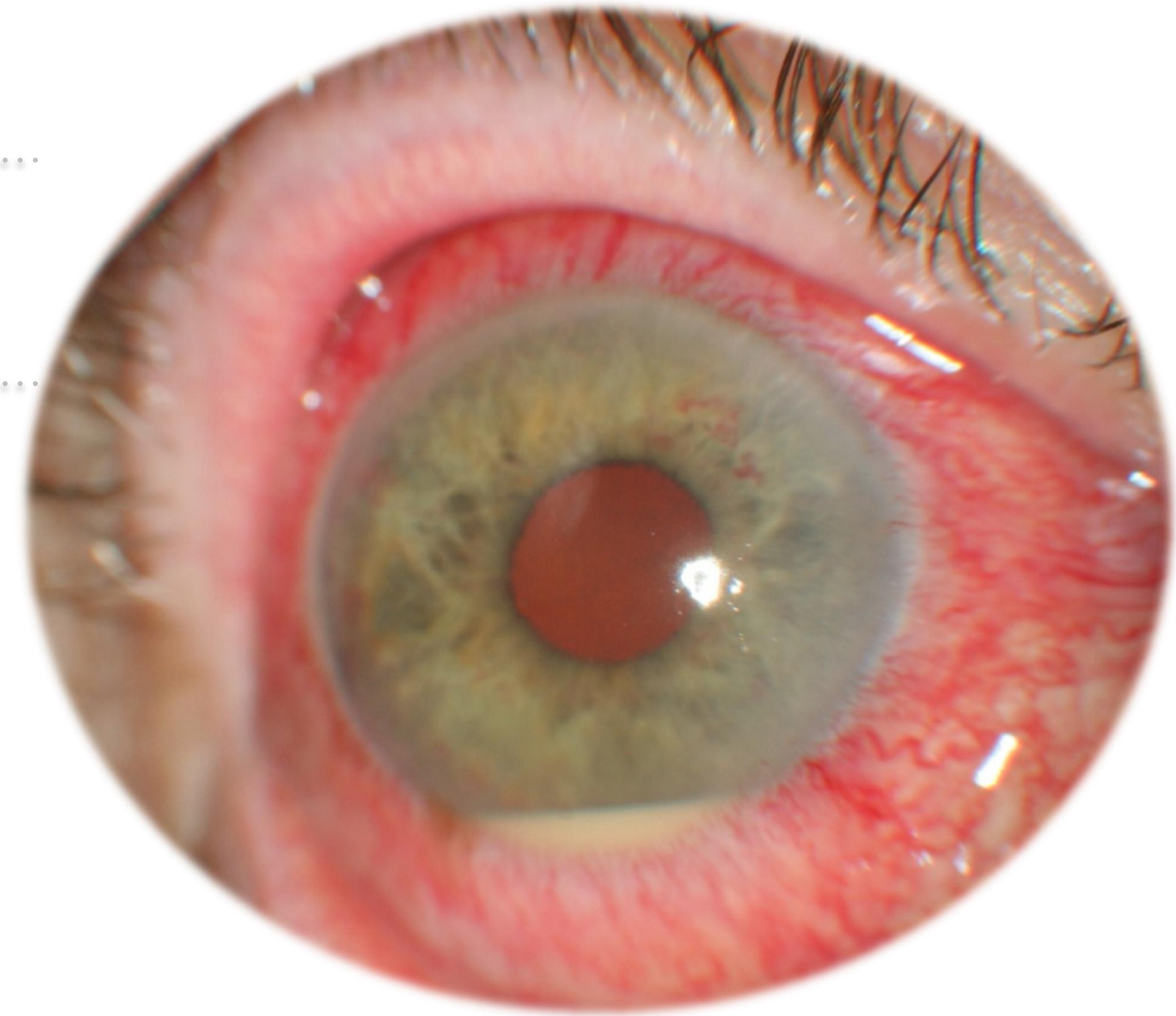
- Œil rouge, douloureux
- Baisse visuelle : perception des mouvements

1 - Diagnostic ?

Endophtalmie post chirurgie de la cataracte

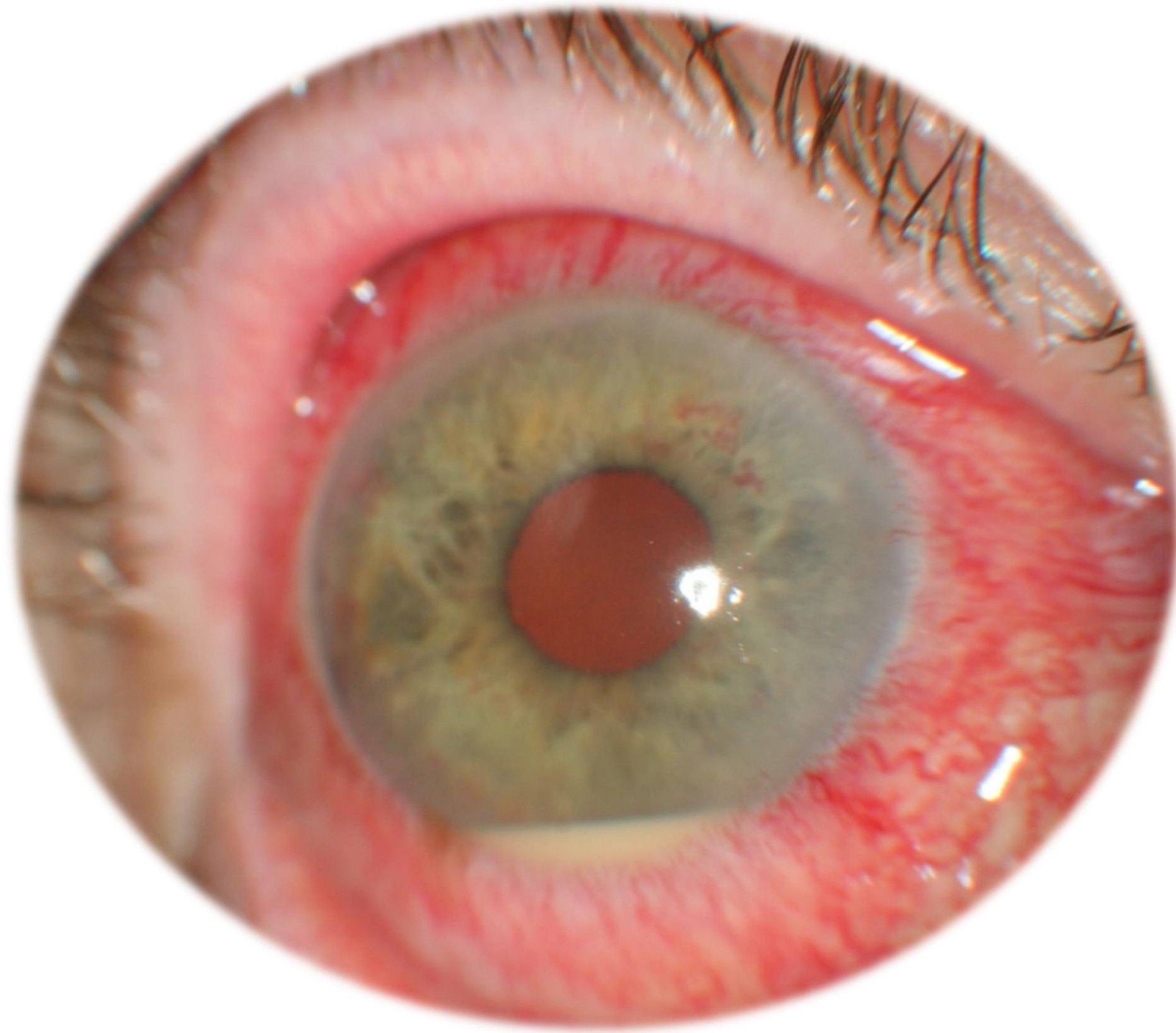
2 - Urgence ou non ?

Méga urgence !

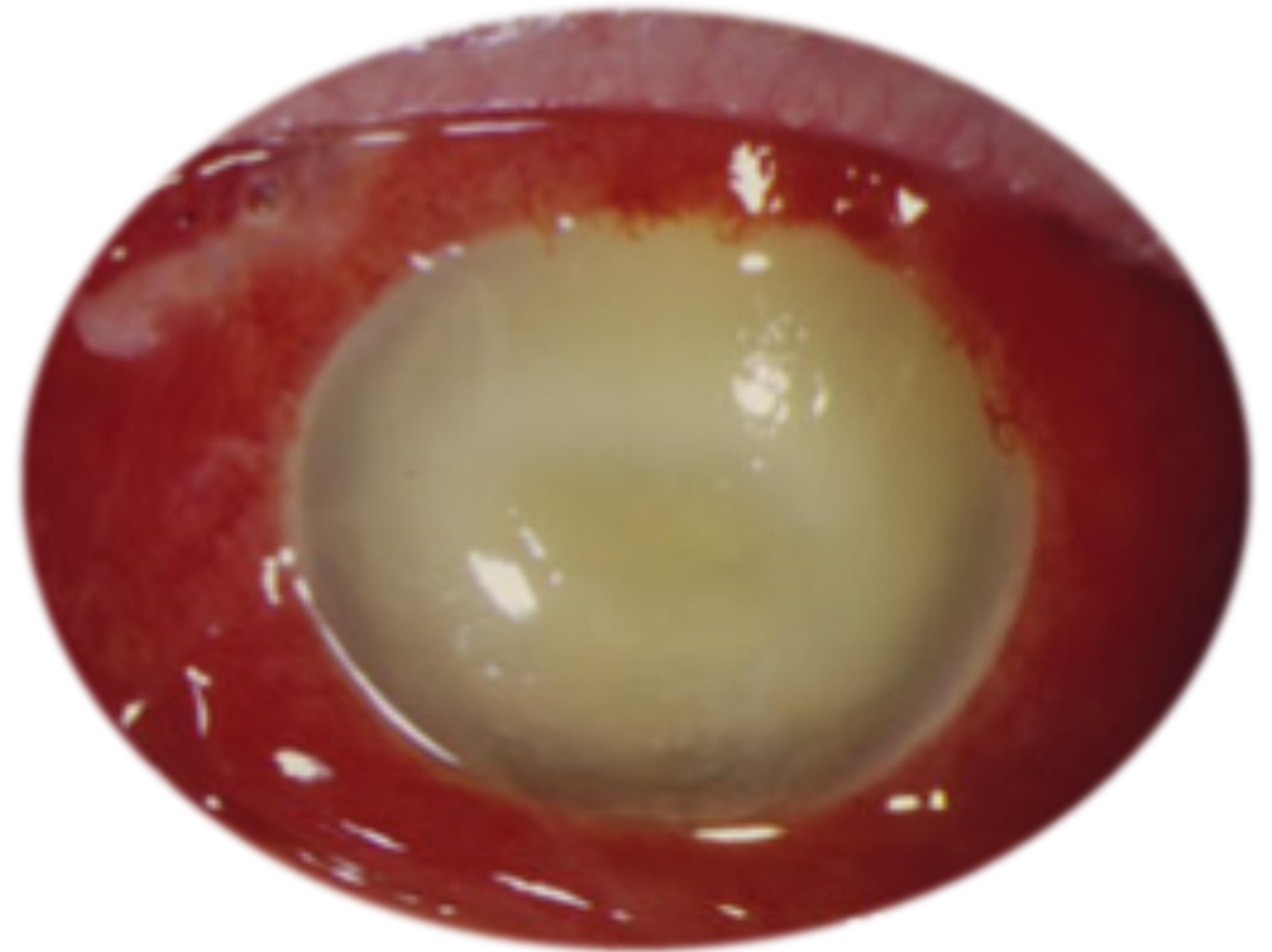


Endophtalmie post chirurgie de la cataracte (risque 0,04 %) : URGENCE +++

Pronostic visuel 28 % < 1/10



Parfois fonte purulente de l'oeil ⇨ Éviscération ...



1 - Diagnostic ?

Endophtalmie post chirurgie de la cataracte

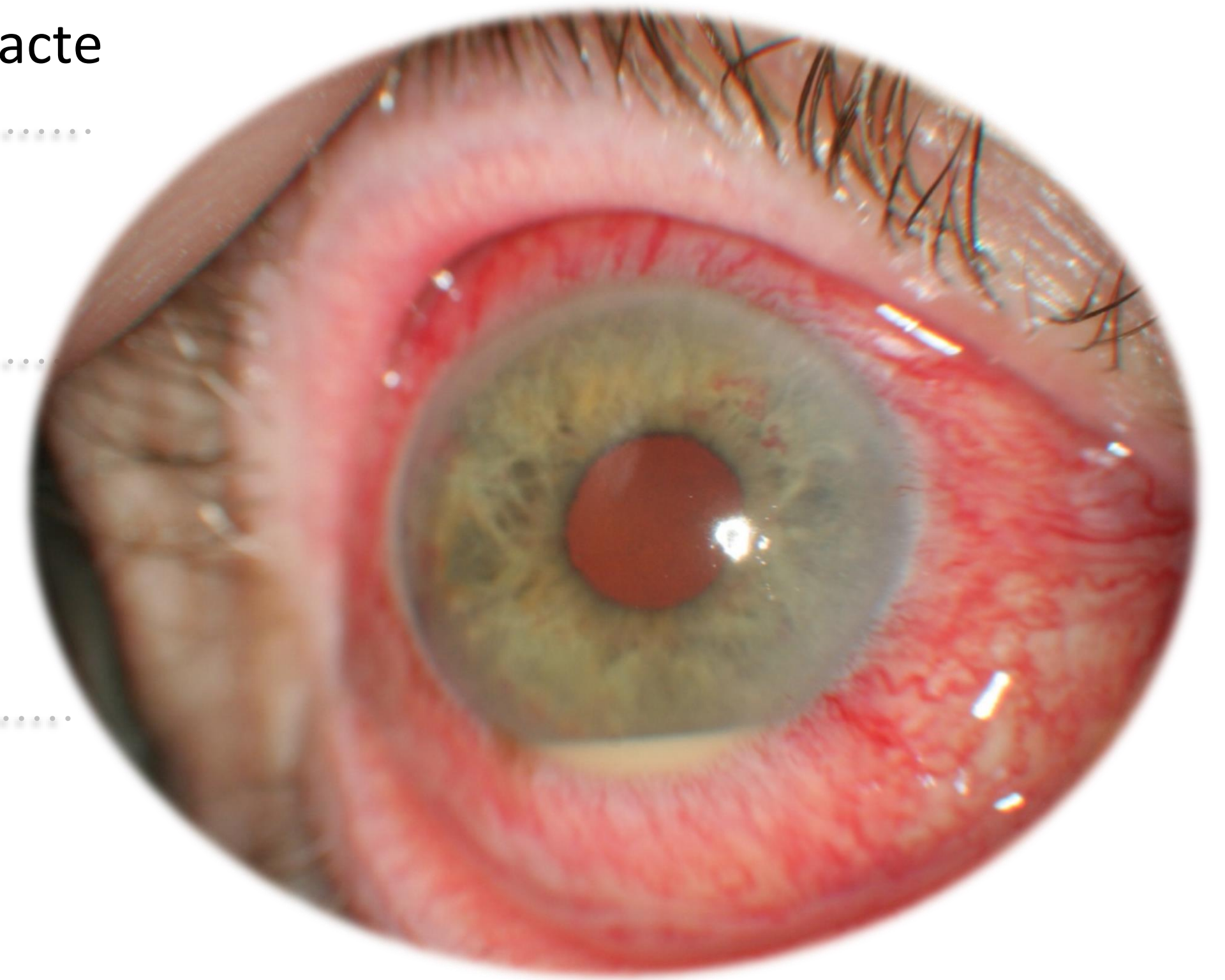
2 - Urgence ou non ?

Méga urgence !

3- Confirmation diagnostique ?

Prélèvements
intra oculaires

Humeur aqueuse
Vitré



1 - Diagnostic ?

Endophtalmie post chirurgie de la cataracte

2 - Urgence ou non ?

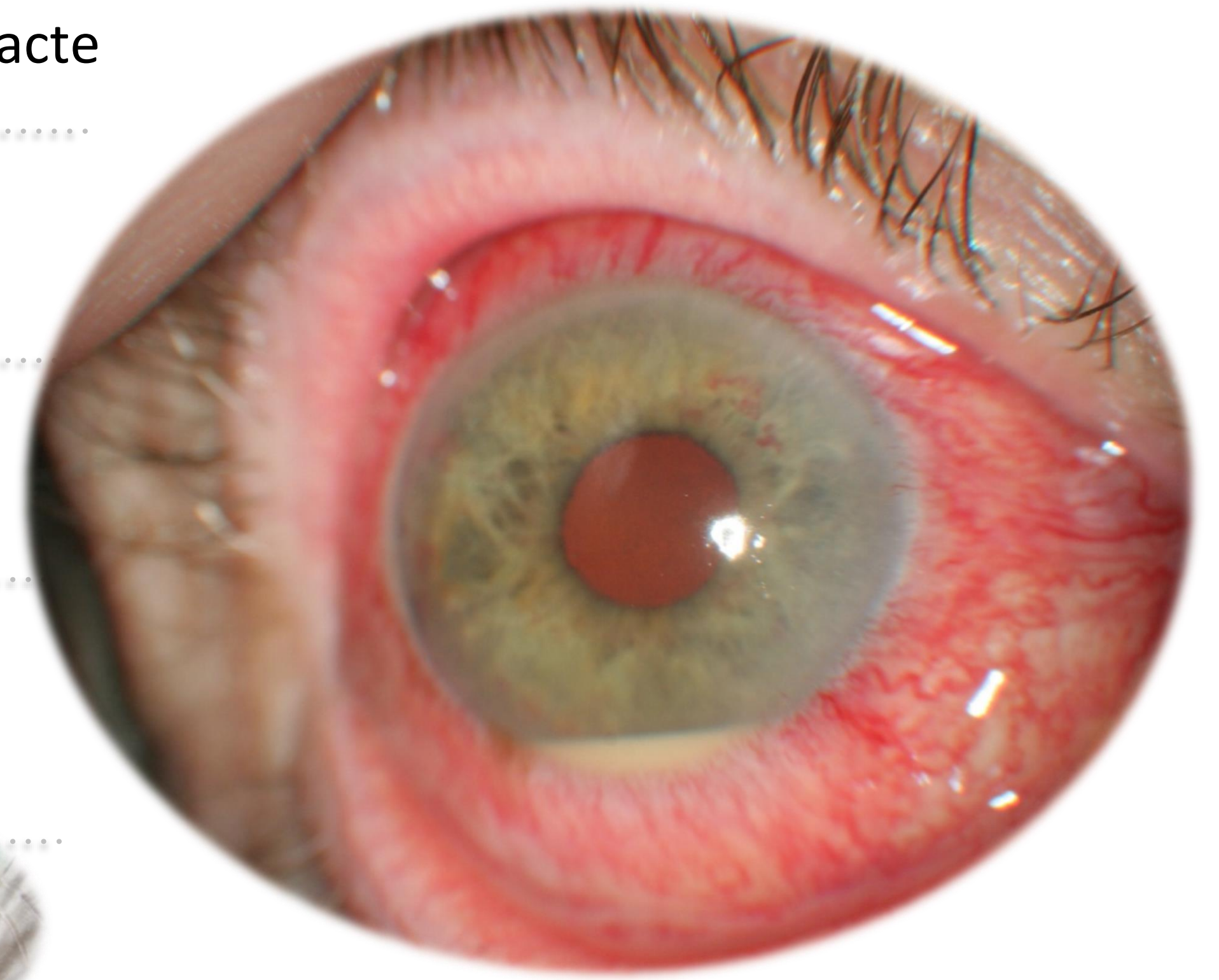
Méga urgence !

3- Confirmation diagnostique ?

Prélèvements intra oculaires

4- Traitement ?

ATB systémiques



Niveau ATB dans le vitré > CMI



NON

Amoxicilline

Pipéracilline

Cefepime

Amikacine

Gentamycine

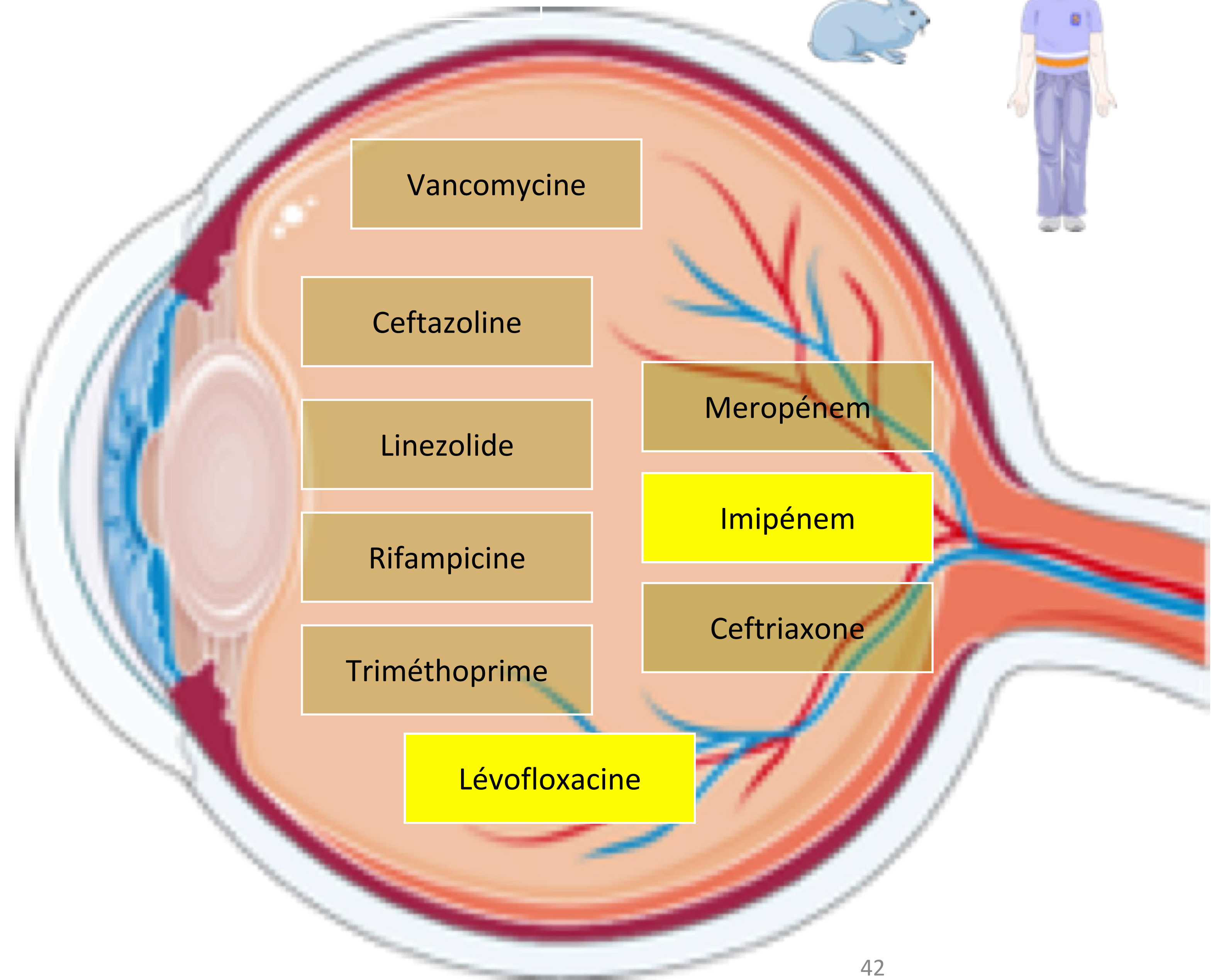
Ciprofloxacine

Clarithromycine

?

Ceftazidime

Moxifloxacine



1 - Diagnostic ?

Endophtalmie post chirurgie de la cataracte

2 - Urgence ou non ?

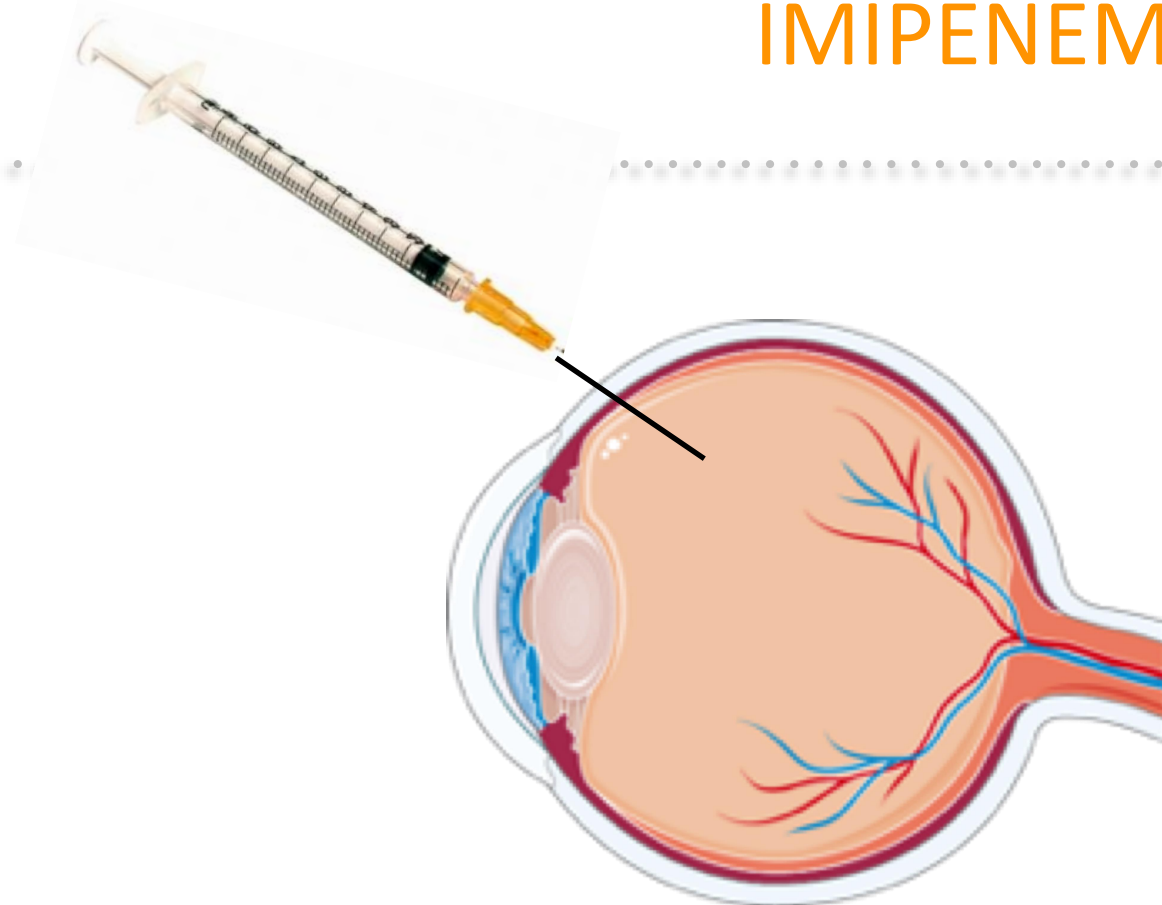
Méga urgence !

3- Confirmation du diagnostic ?

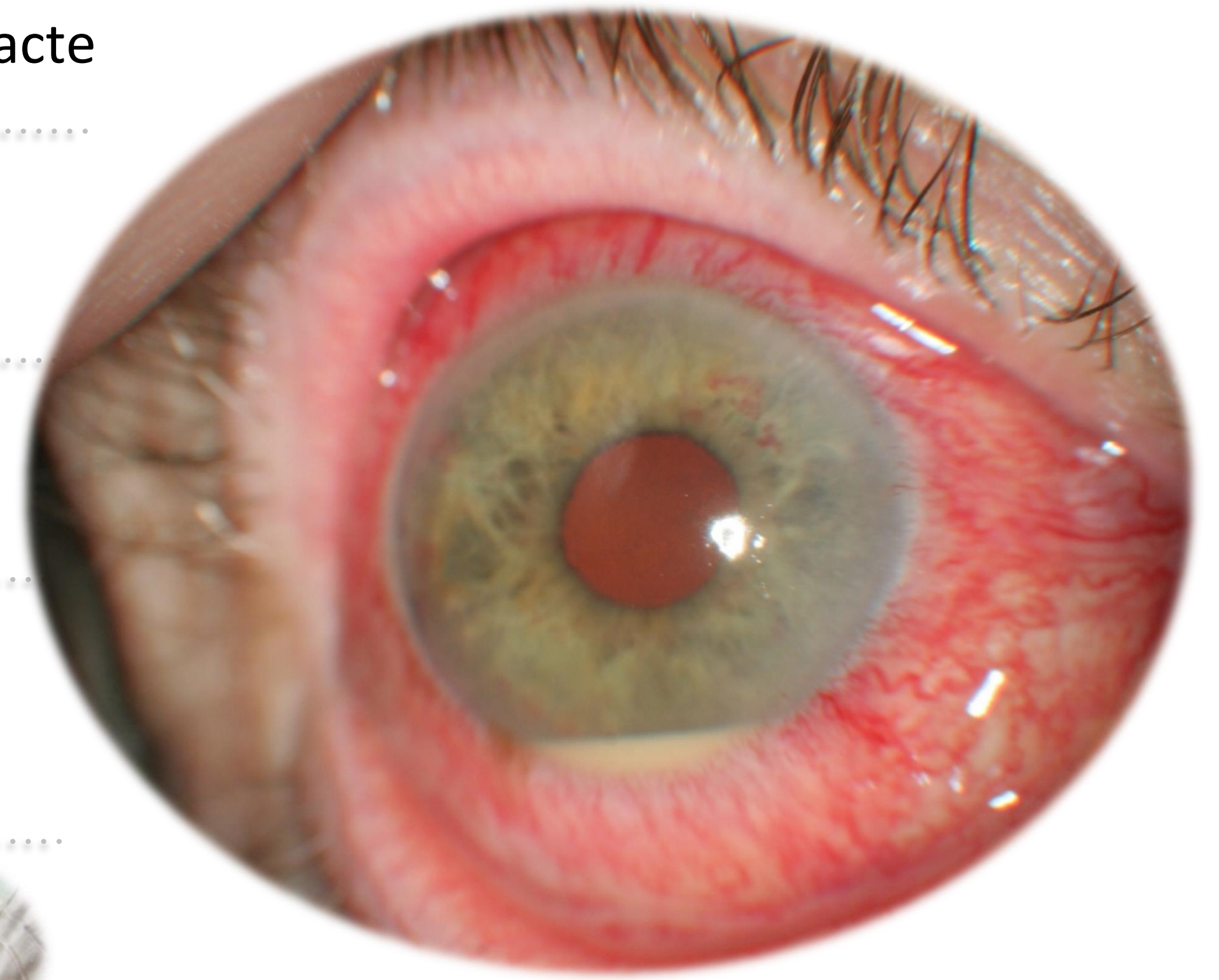
Prélèvements intra oculaires

4- Traitement ?

ATB systémiques :
IMIPENEM - LEVOFLOXACINE



ATB injections intra oculaires

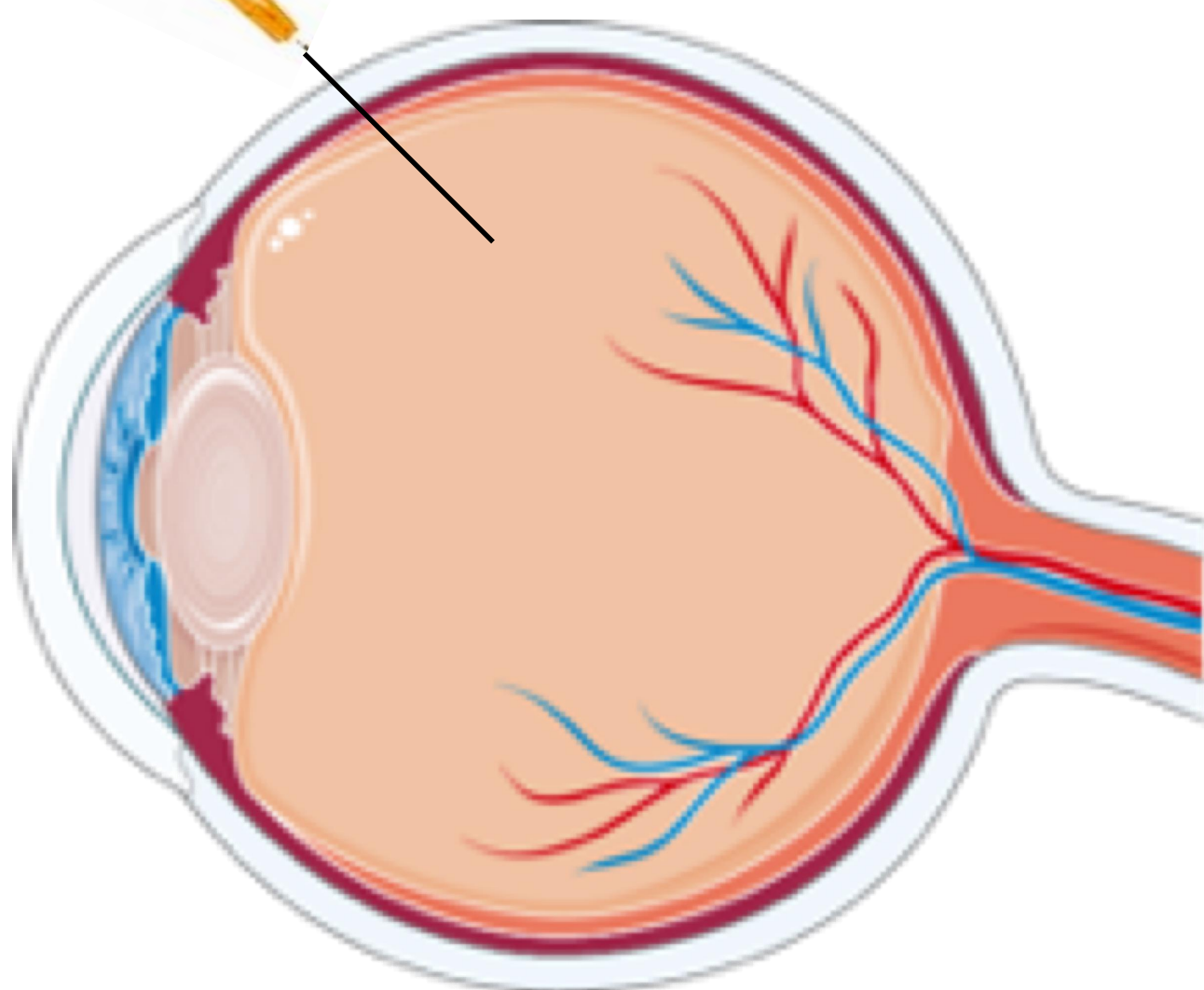


IVT Injection intra vitrénne

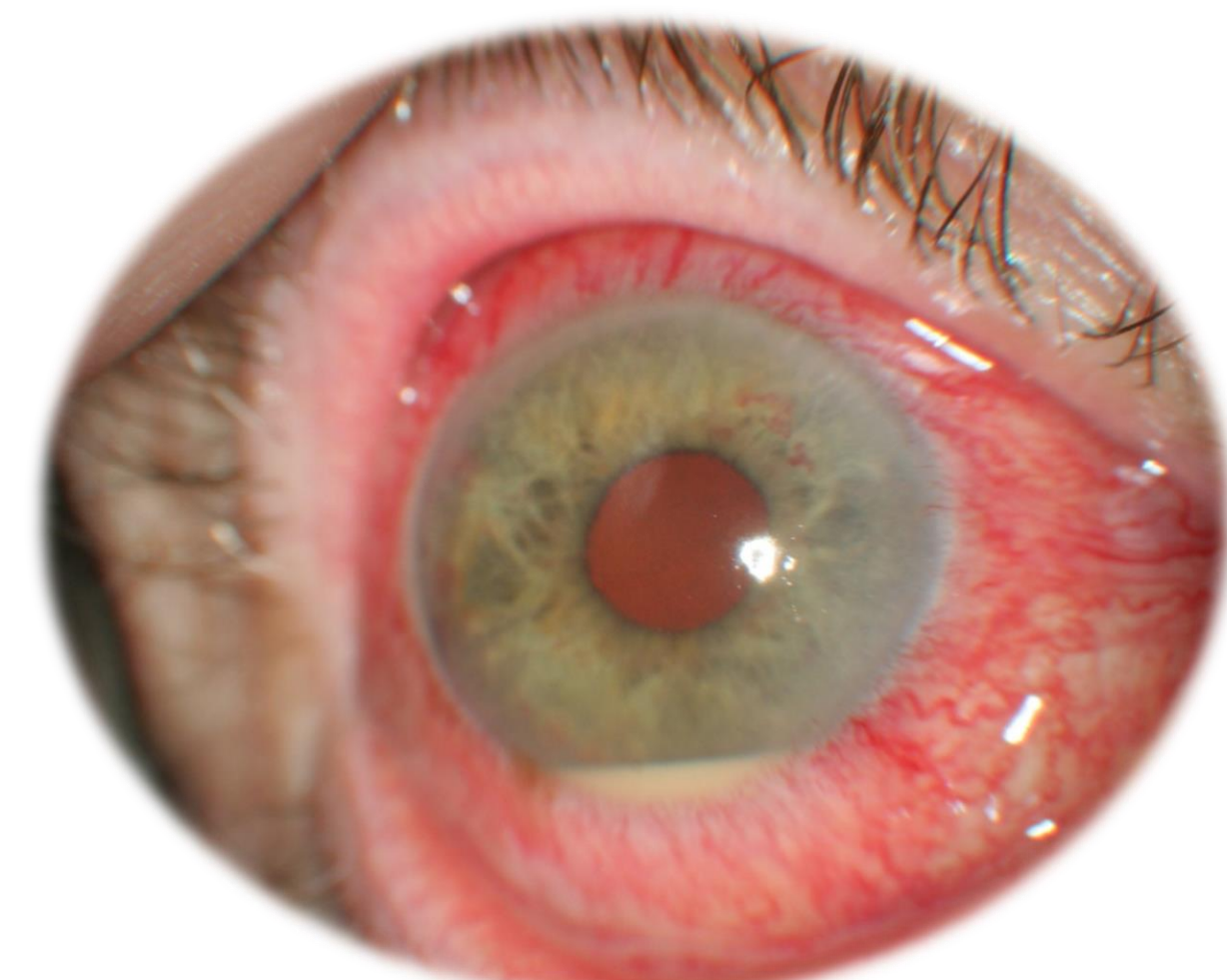
Vitré \approx 4 ml

VANCOMYCINE 1 mg dans 0,1 ml

CEFTAZIDIME 2 mg dans 0,1 ml

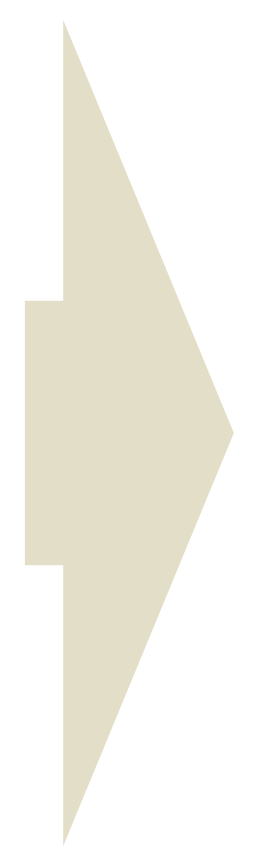


	Concentration vitré après IVT	Sang après IV
VANCOMYCINE	250 mg/L	30 mg/L
CEFTAZIDIME	500 mg/L	47 mg/L

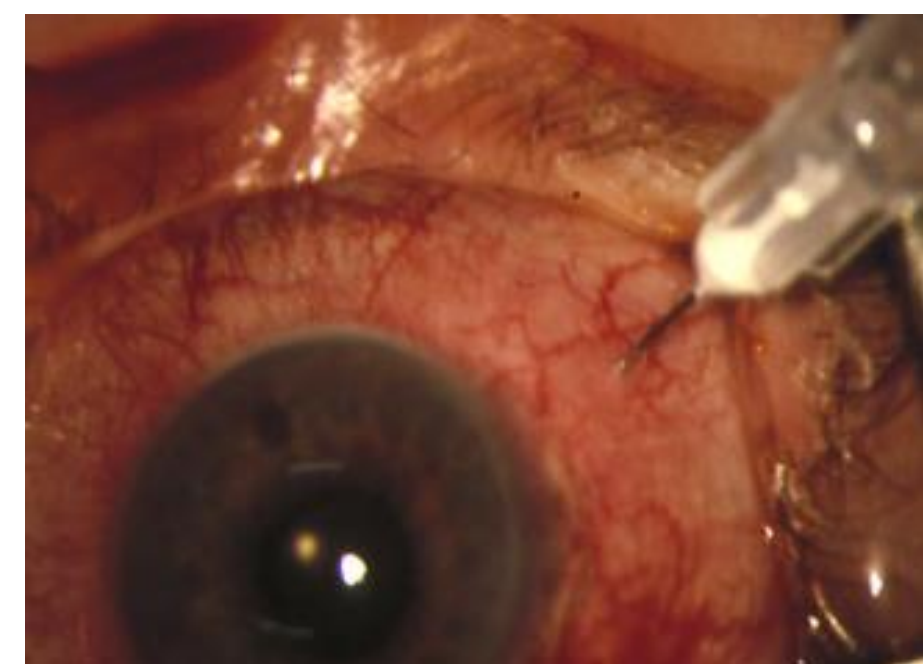


Diagnostic CLINIQUE

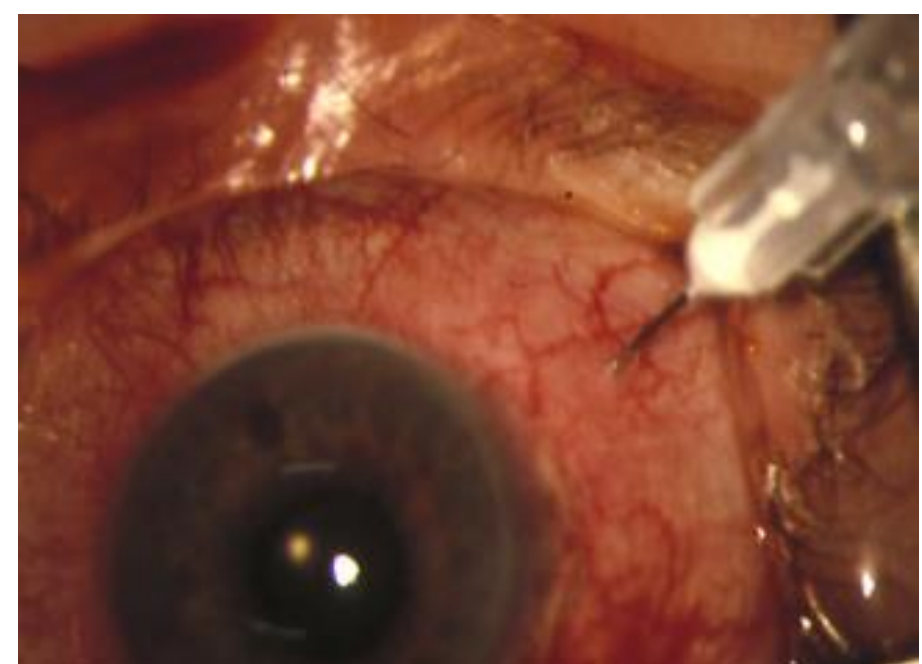
URGENCE +++



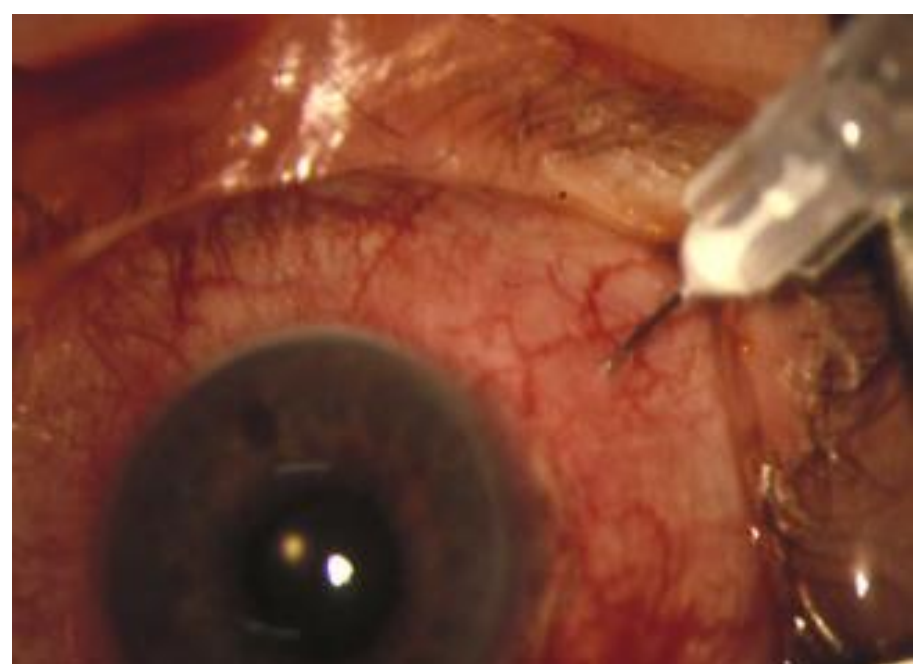
H
O
S
P
I
T
A
L
S
A
T
I
O
N



Prélèvements
oculaires
1ère injection intra
vitreuse d'ATB



2è injection intra
vitreuse d'ATB



+/- 3è injection intra
vitreuse ATB

ATB IV et per os

Collyres anti inflammatoires
Injections sous-conjonctivales de corticoïdes

2 circonstances

Endophtalmies EXOgènes

Post opératoire
Après une plaie oculaire

Endophtalmies ENDOgènes
TRÈS RARES

2nd à un foyer extra oculaire
Dissémination hématogène

ENDOPHTALMIES ENDOGÈNES bactériennes

Message

Rare :
2 à 8 % des
endophtalmie
s

Rechercher un
foyer infectieux extra oculaire
Notamment une endocardite

OPHTALMOLOGISTE :
parfois le lanceur d'alerte
Œil : 1^{ère} manifestation d'une
maladie systémique
avec pronostic vital

E
N
D
O
P
H
T
A
L
M
I
E
S

PARASITES

BACTÉRIES

2/4

VIRUS

CHAMPIGNONS

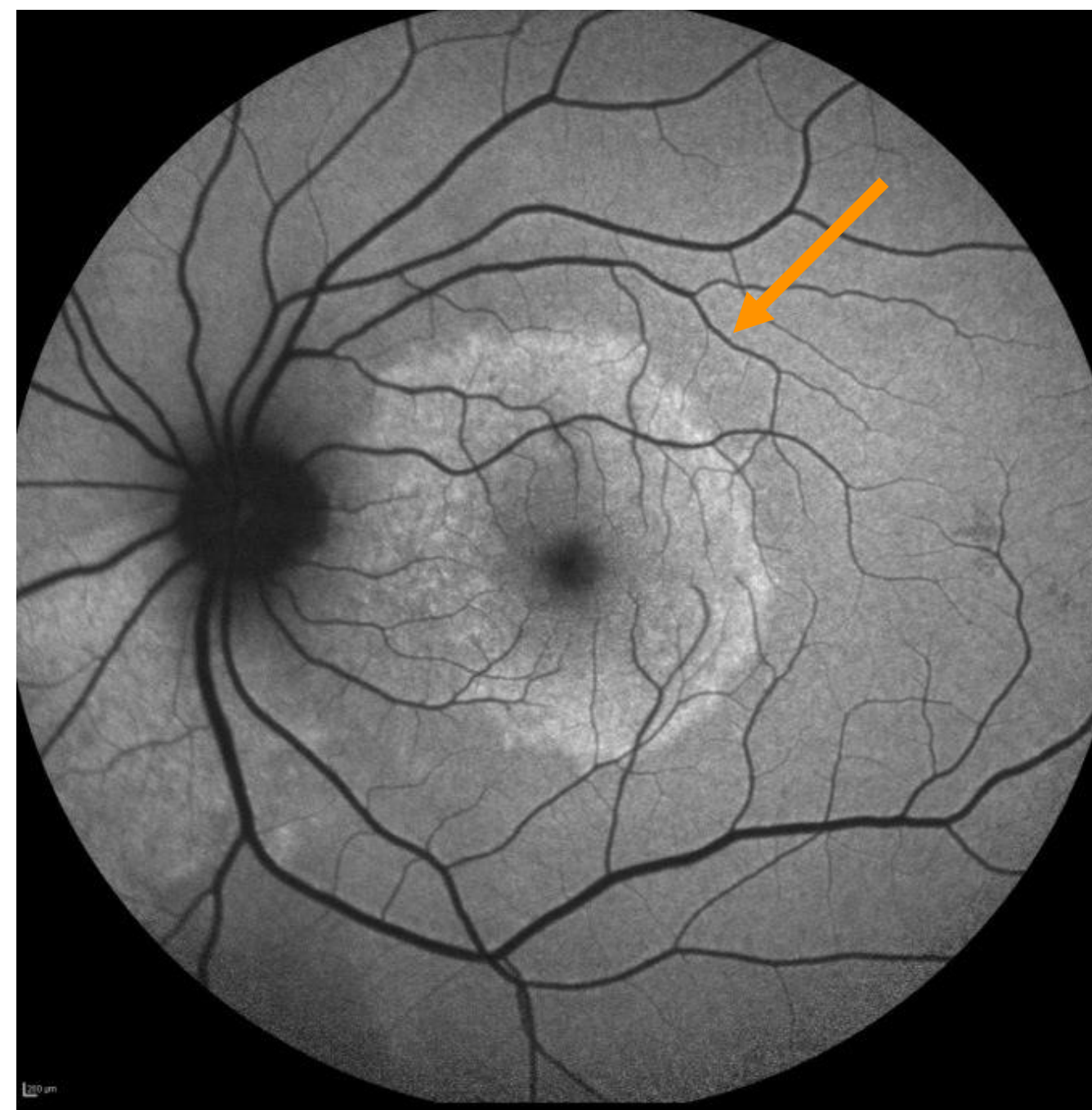
SYPHILIS



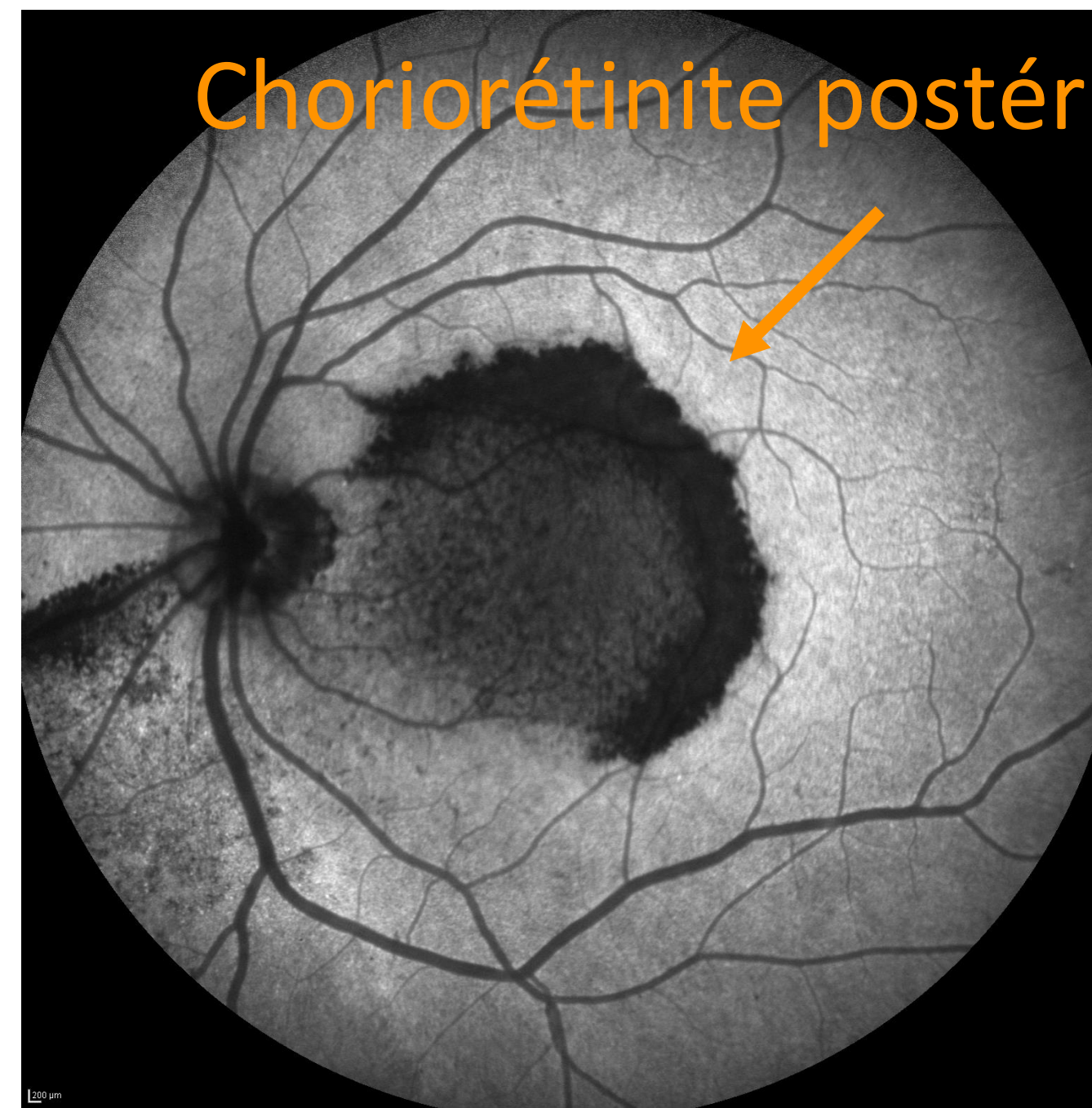
SYPHILIS - Cas clinique 1



M. L - 44 ans
Baisse visuelle depuis
15 jours



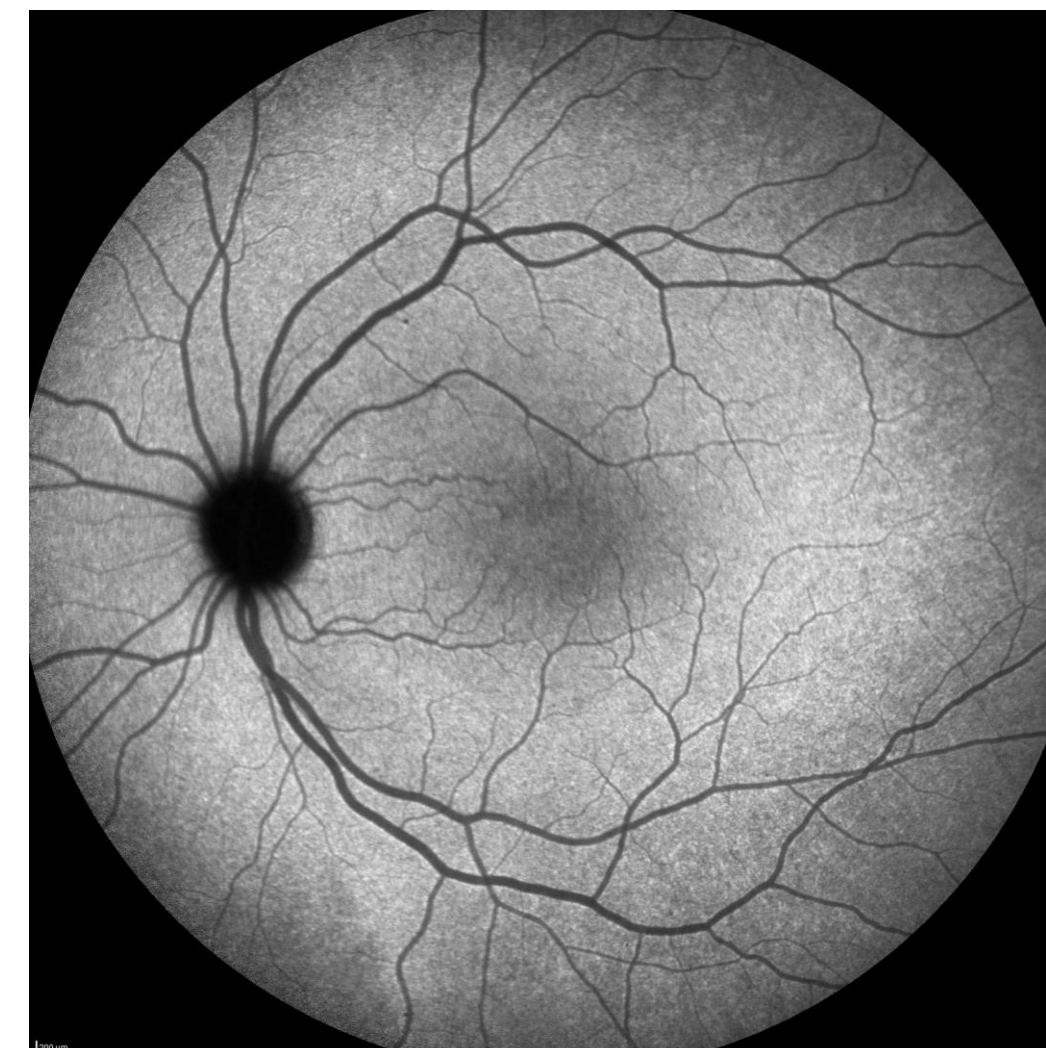
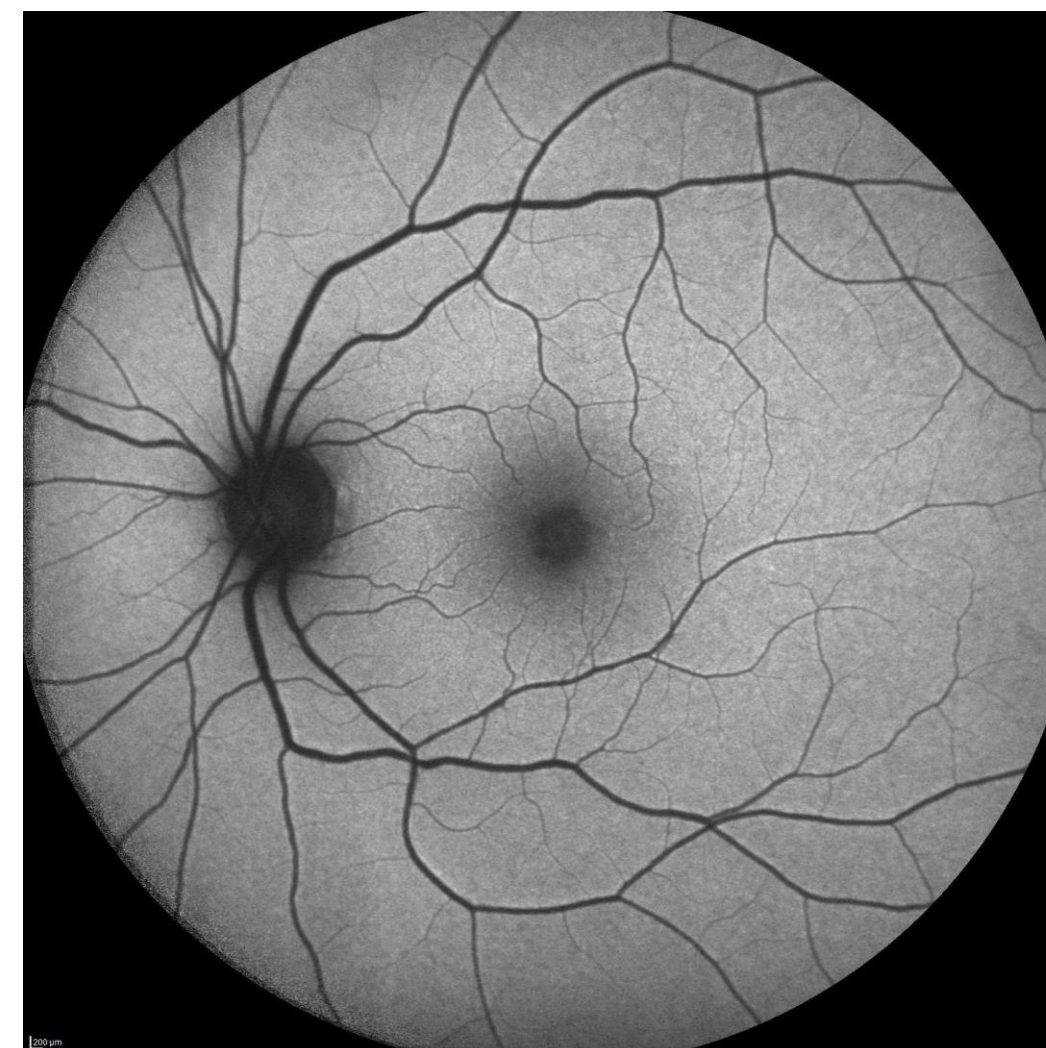
Cliché en auto fluorescence
(sans injection de produit de contraste)



Chorioretinite postérieure en plaque syphilitique

Angiographie après injection
d'indocyanine

Clichés normaux





Message

Clinique : uvéite

Très variable : **grande simulatrice !**

Diagnostic

Sérologie

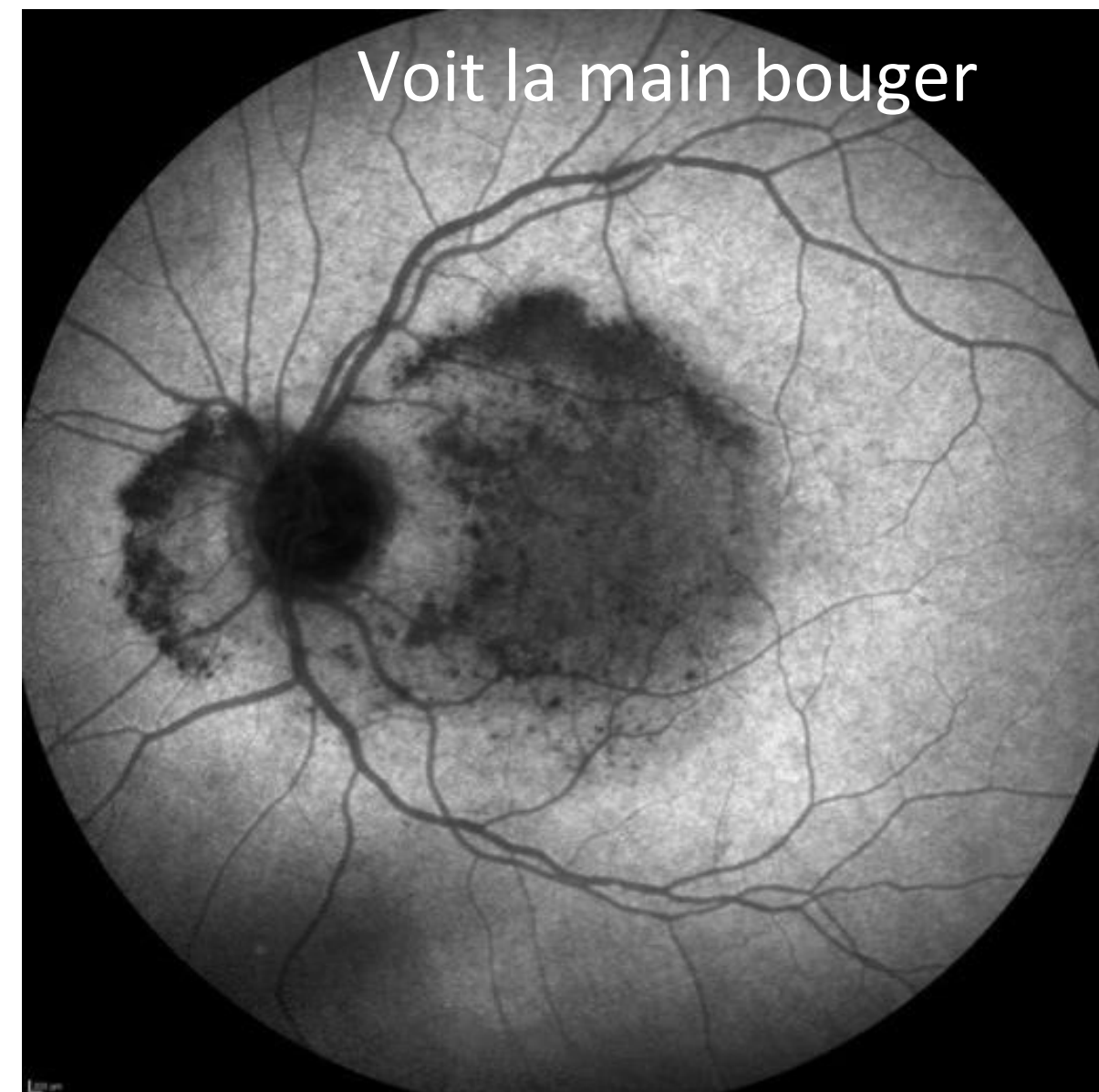
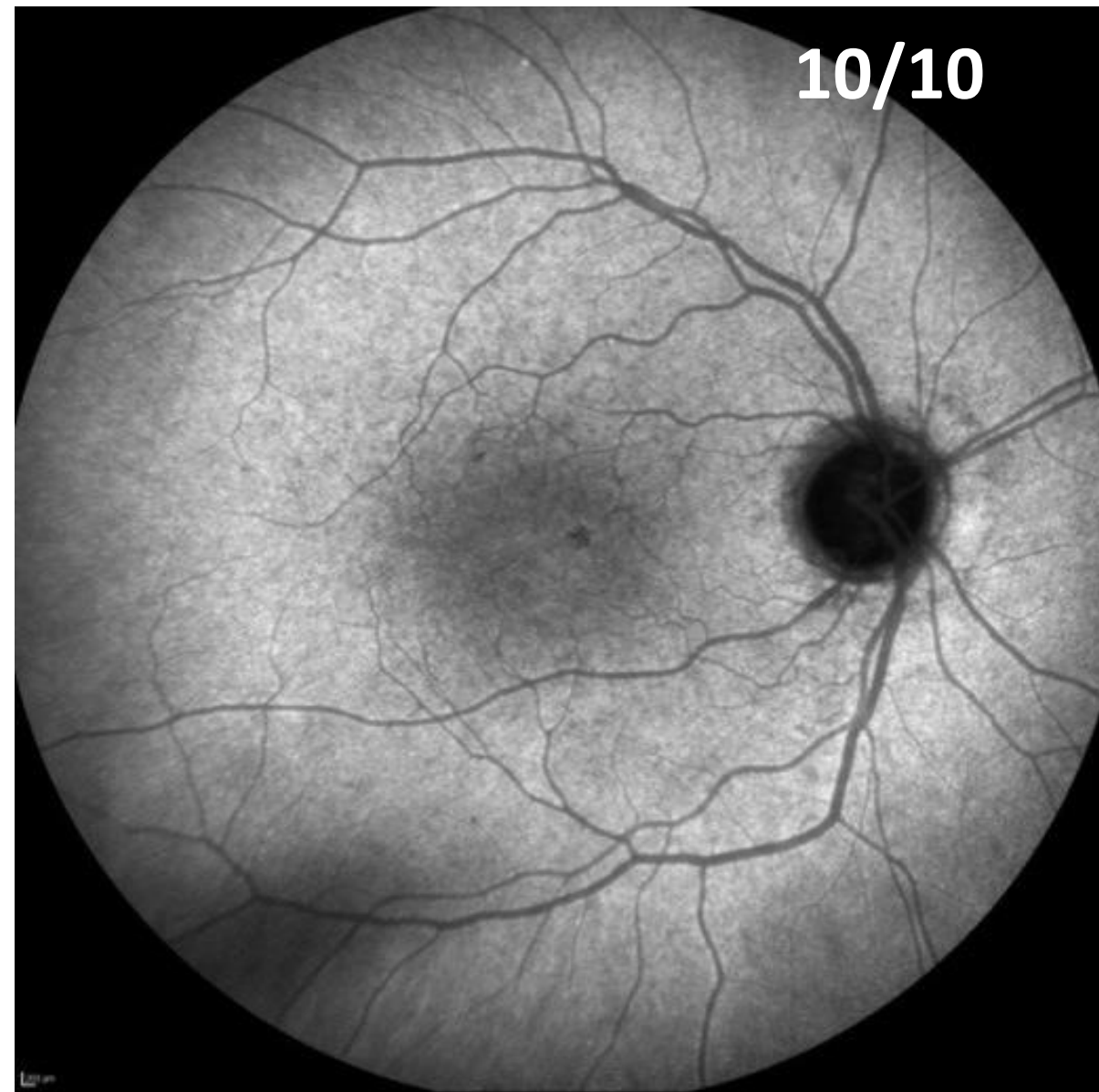
Traitement ?

OUI, en médecine infectieuse

Pourquoi traiter ?

- **Pour l'OPH** : atteinte oculaire : **nerf optique, rétine**

SYPHILIS - Cas clinique 2

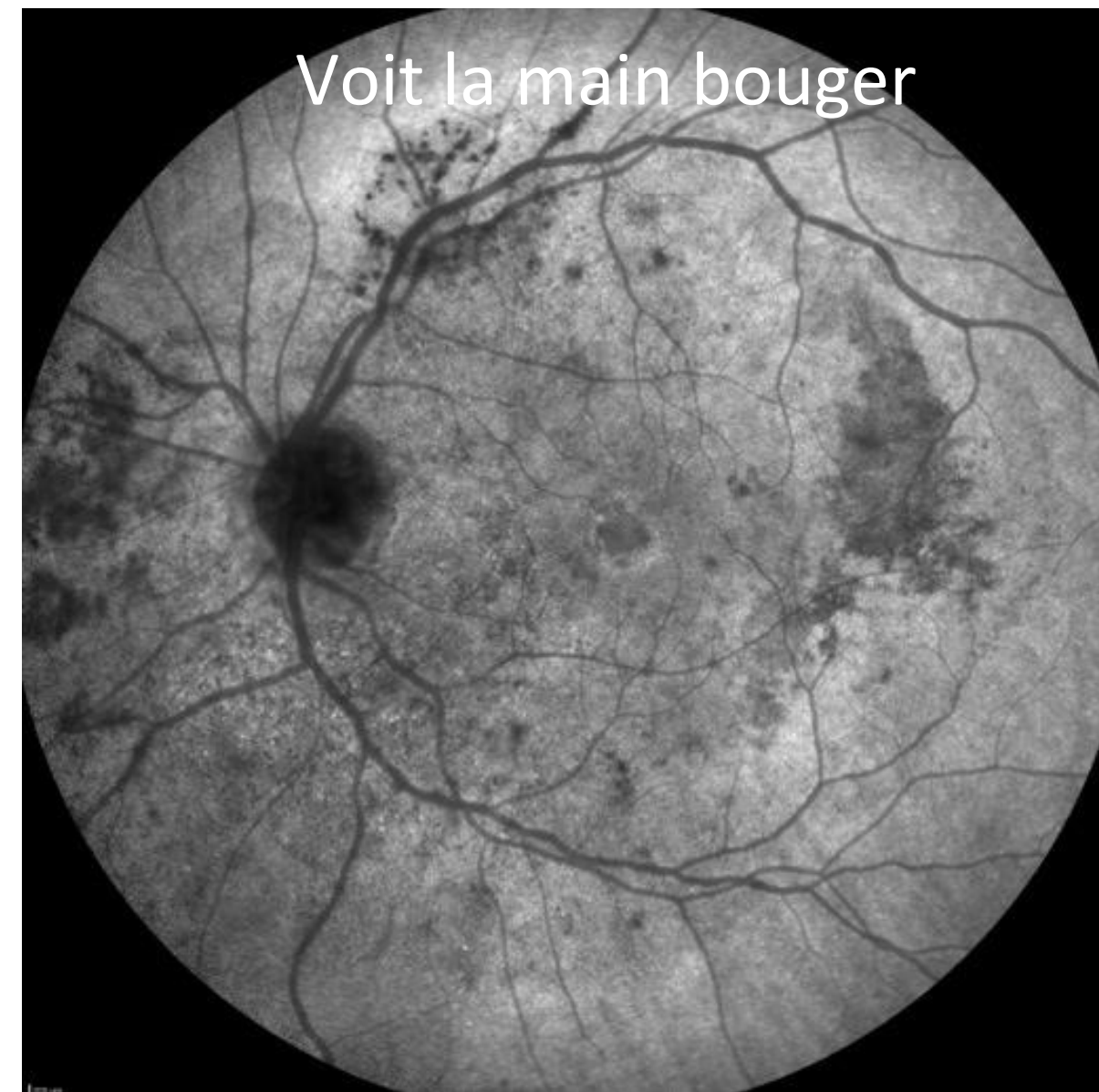
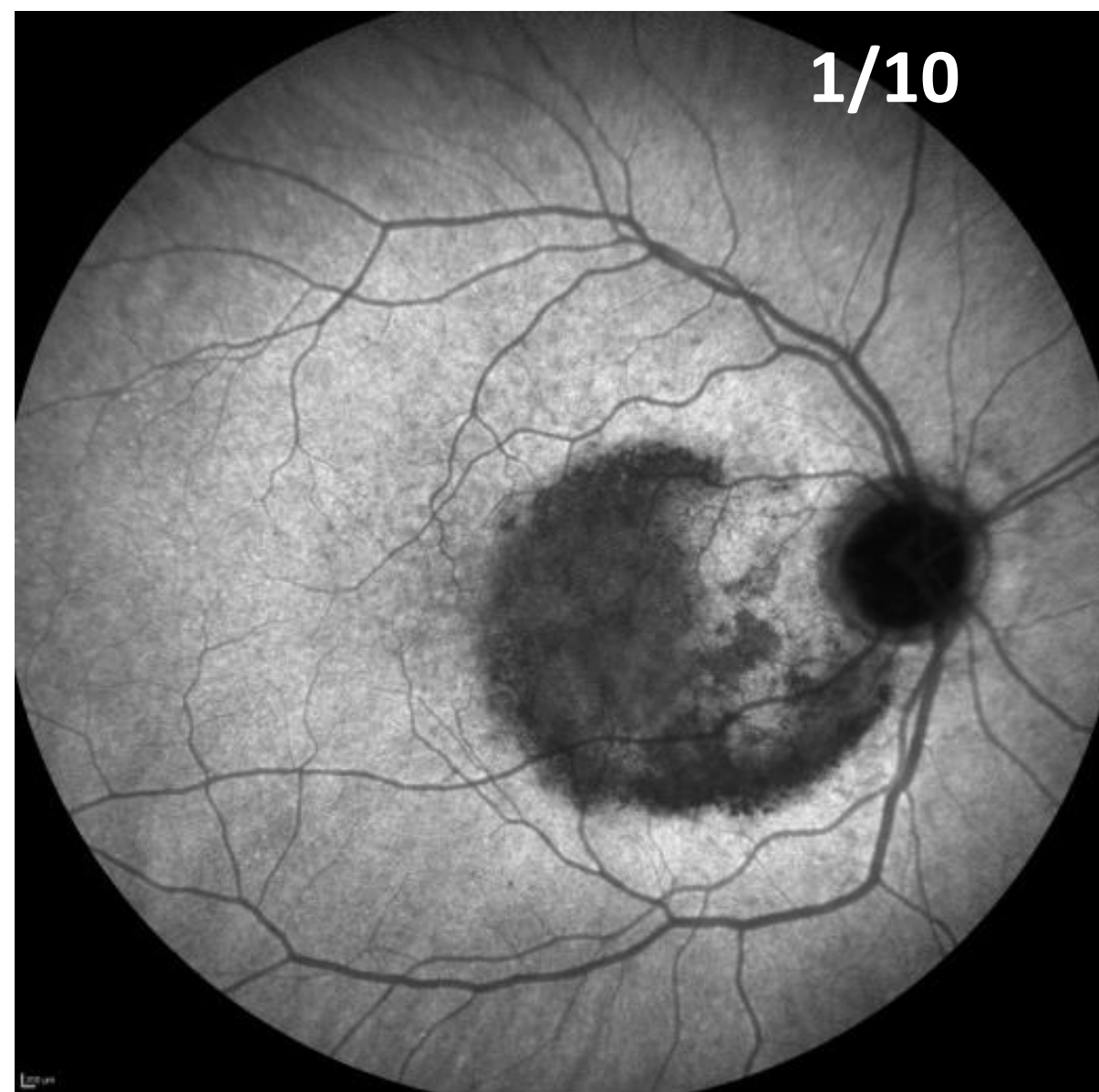
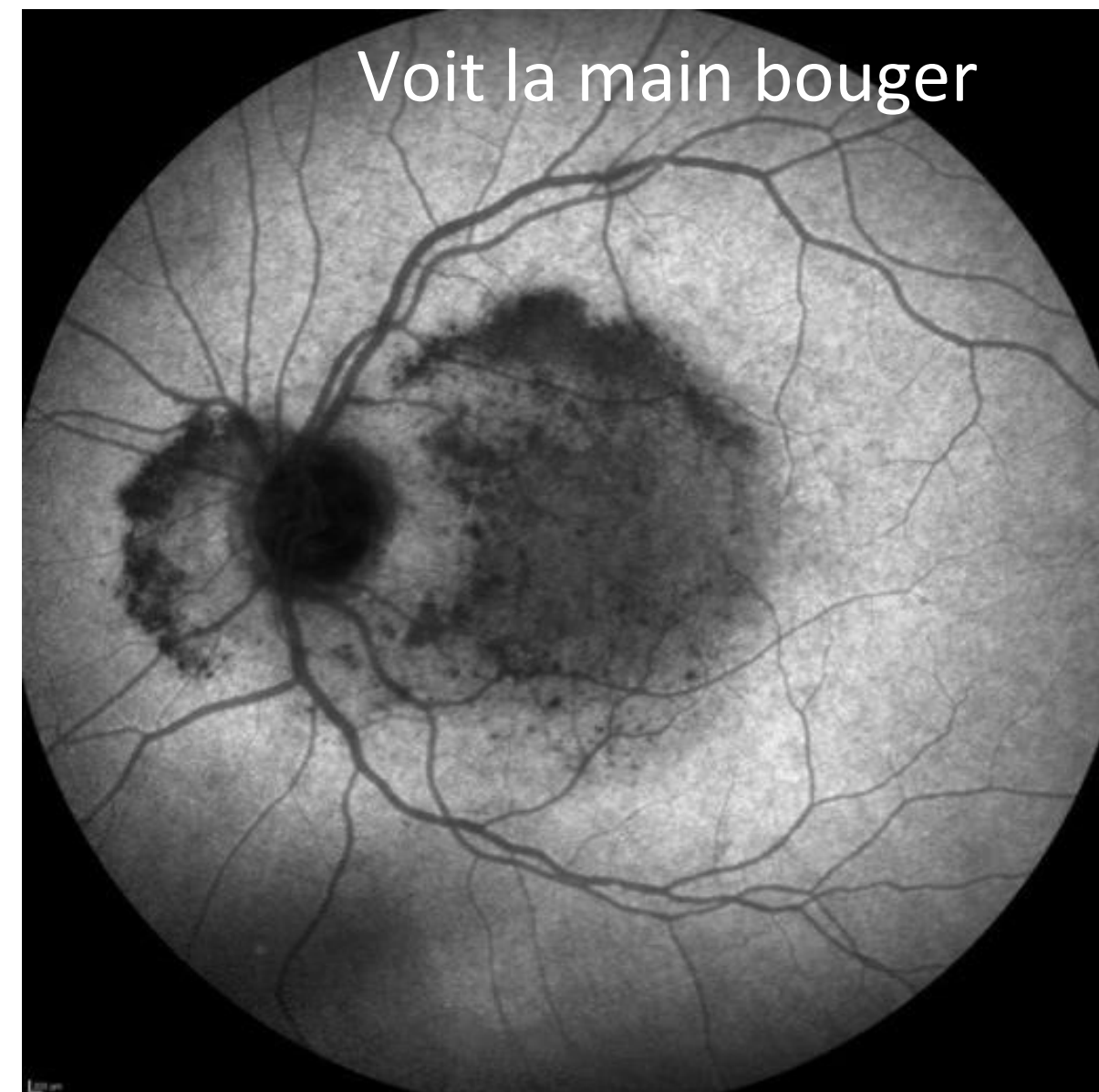
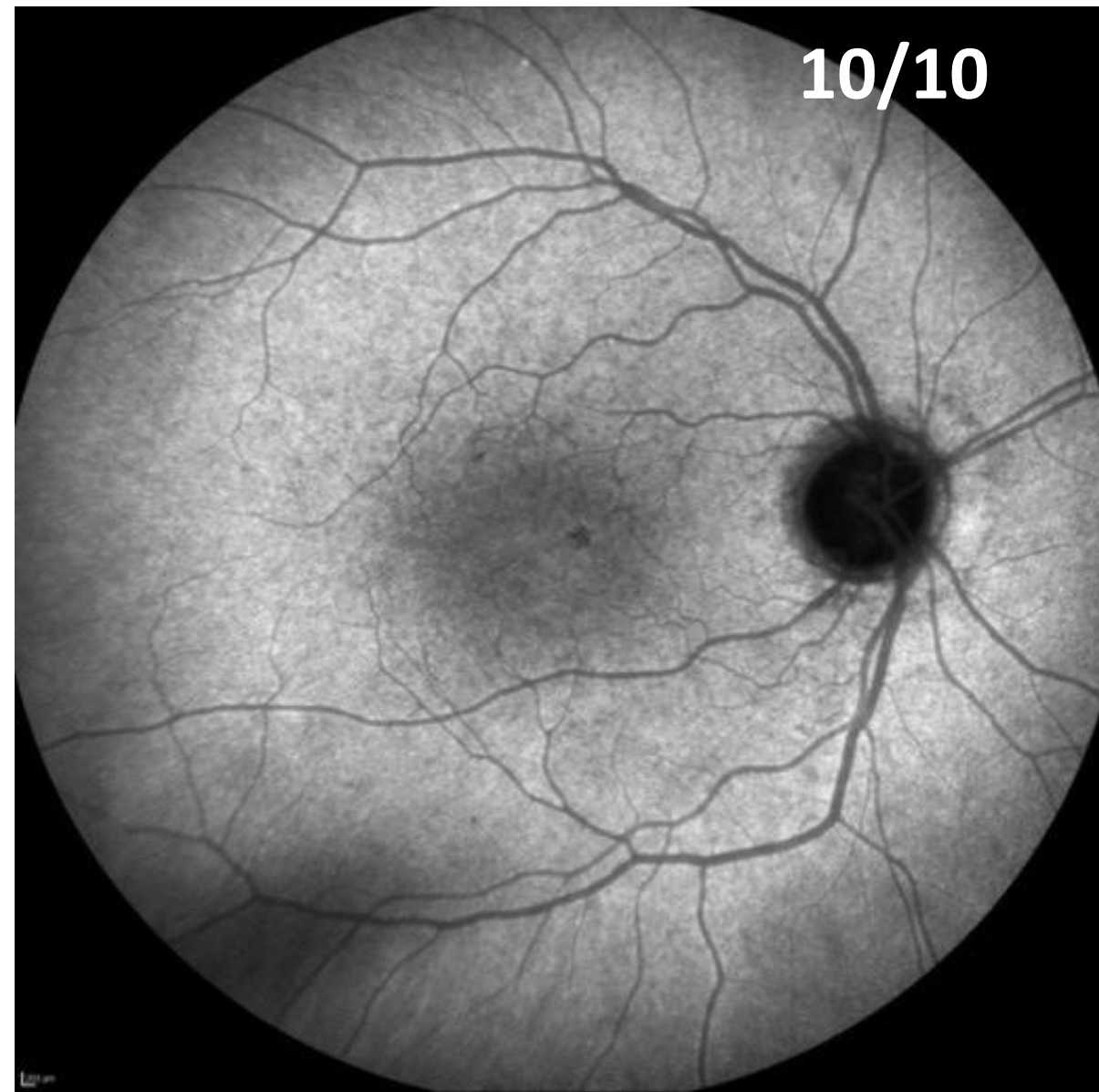


M. D - 50 ans
Baisse visuelle gauche
depuis 8 jours

Injoignable ...

Non traité !

SYPHILIS – cas clinique 2



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

Injoignable ...



« La pénicilline ? Pas assez moderne !!! »



Message

Clinique : uvéite

Très variable : **grande simulatrice !**

Diagnostic

Sérologie

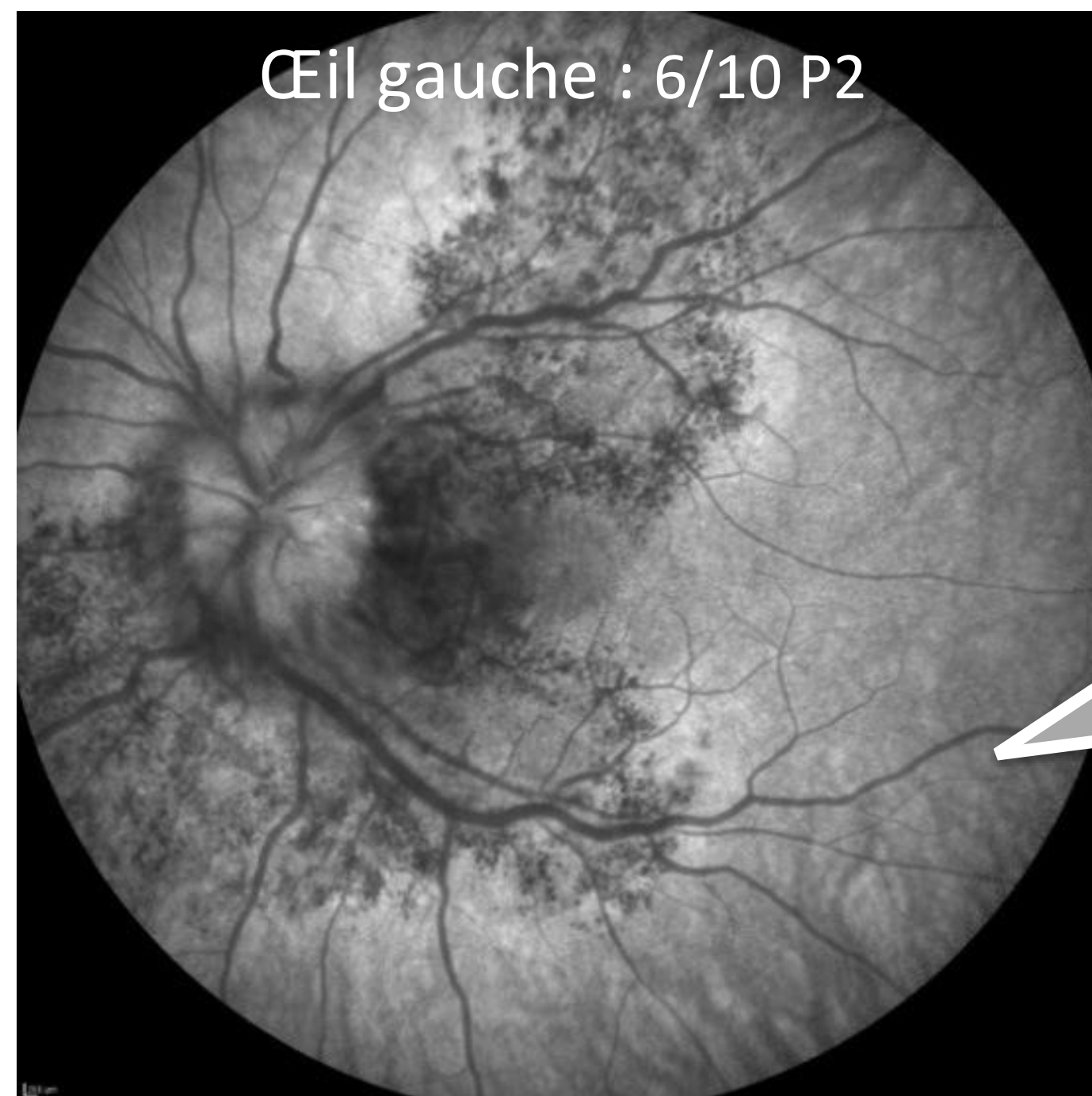
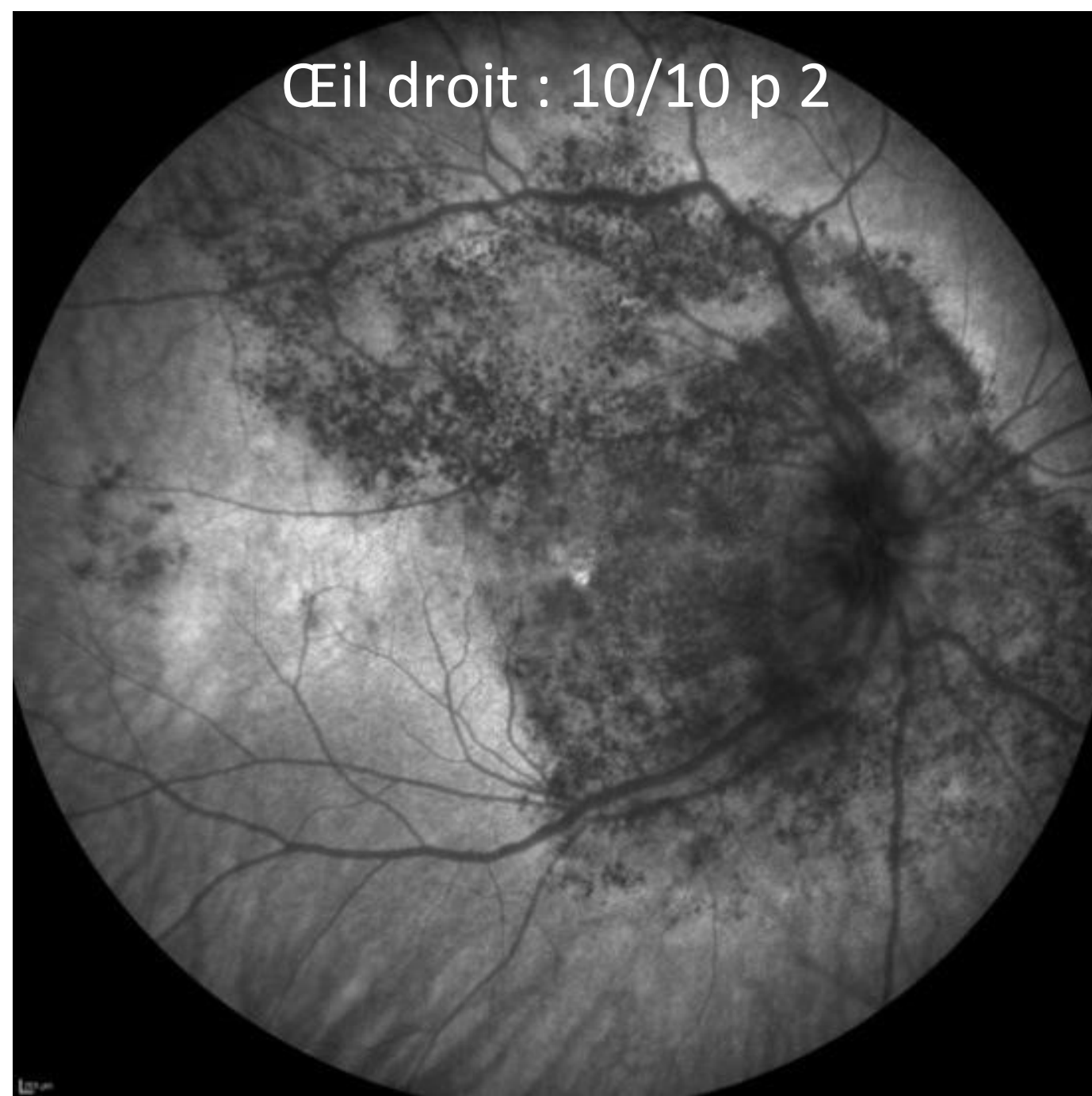
Traitement ?

OUI, en médecine infectieuse

Pourquoi traiter ?

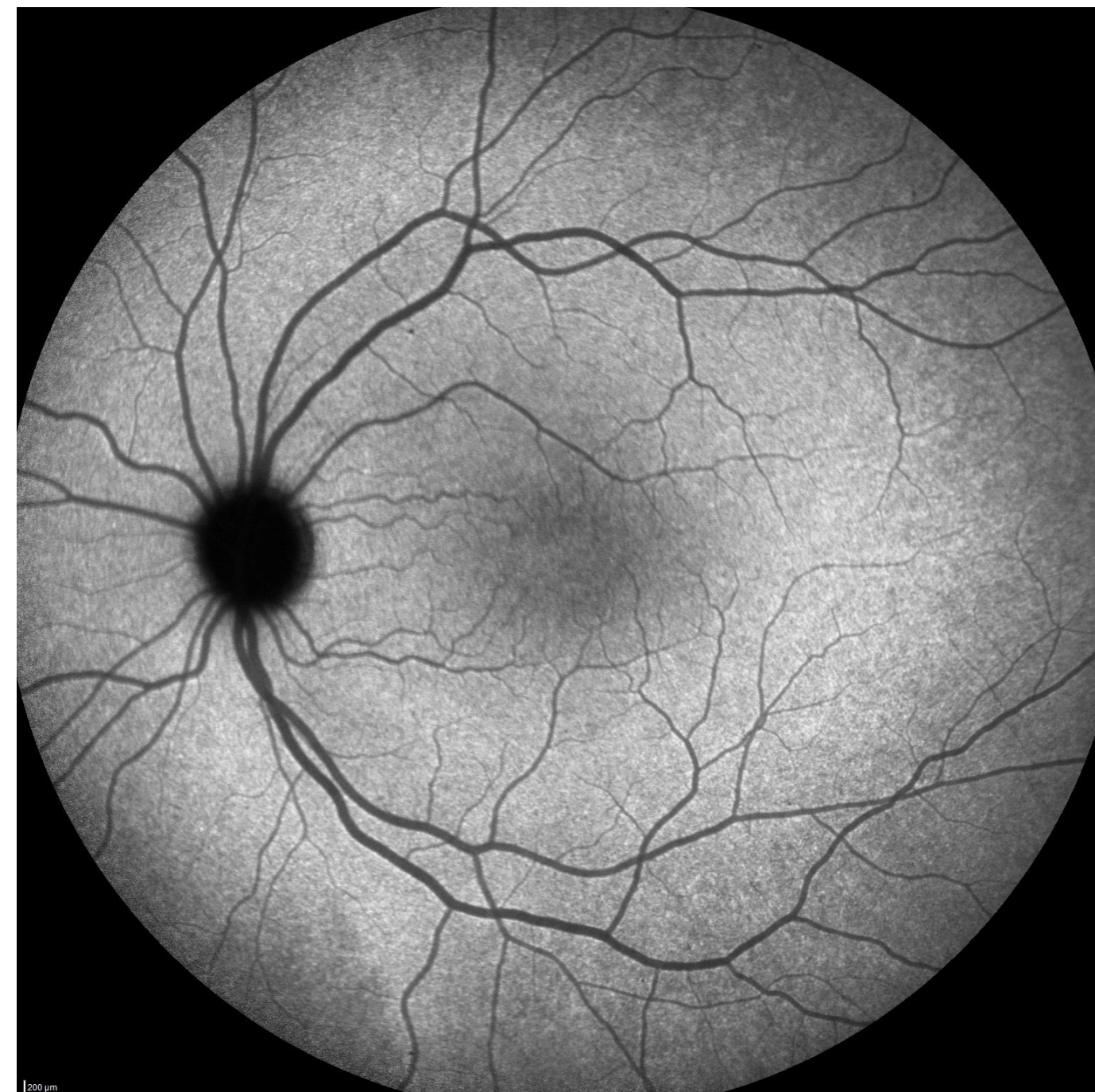
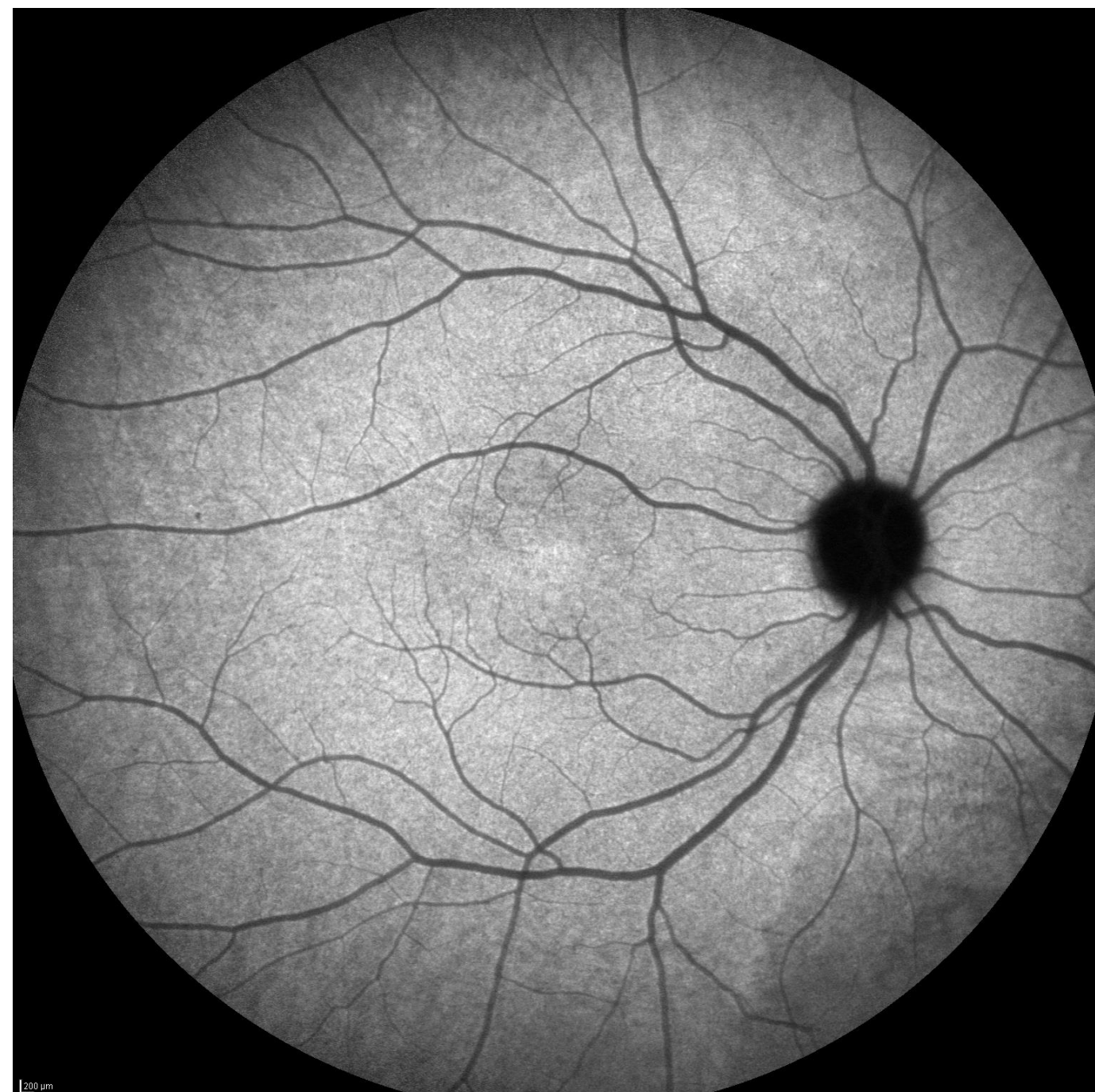
- Pour l'OPH : atteinte oculaire : **nerf optique, rétine**
- Pour l'infectiologue : atteinte oculaire considérée comme une **neuro syphilis** ➔ intérêt de voir tout patient ayant une syphilis, même en l'absence de symptôme

Œil droit :
aucun
symptôme



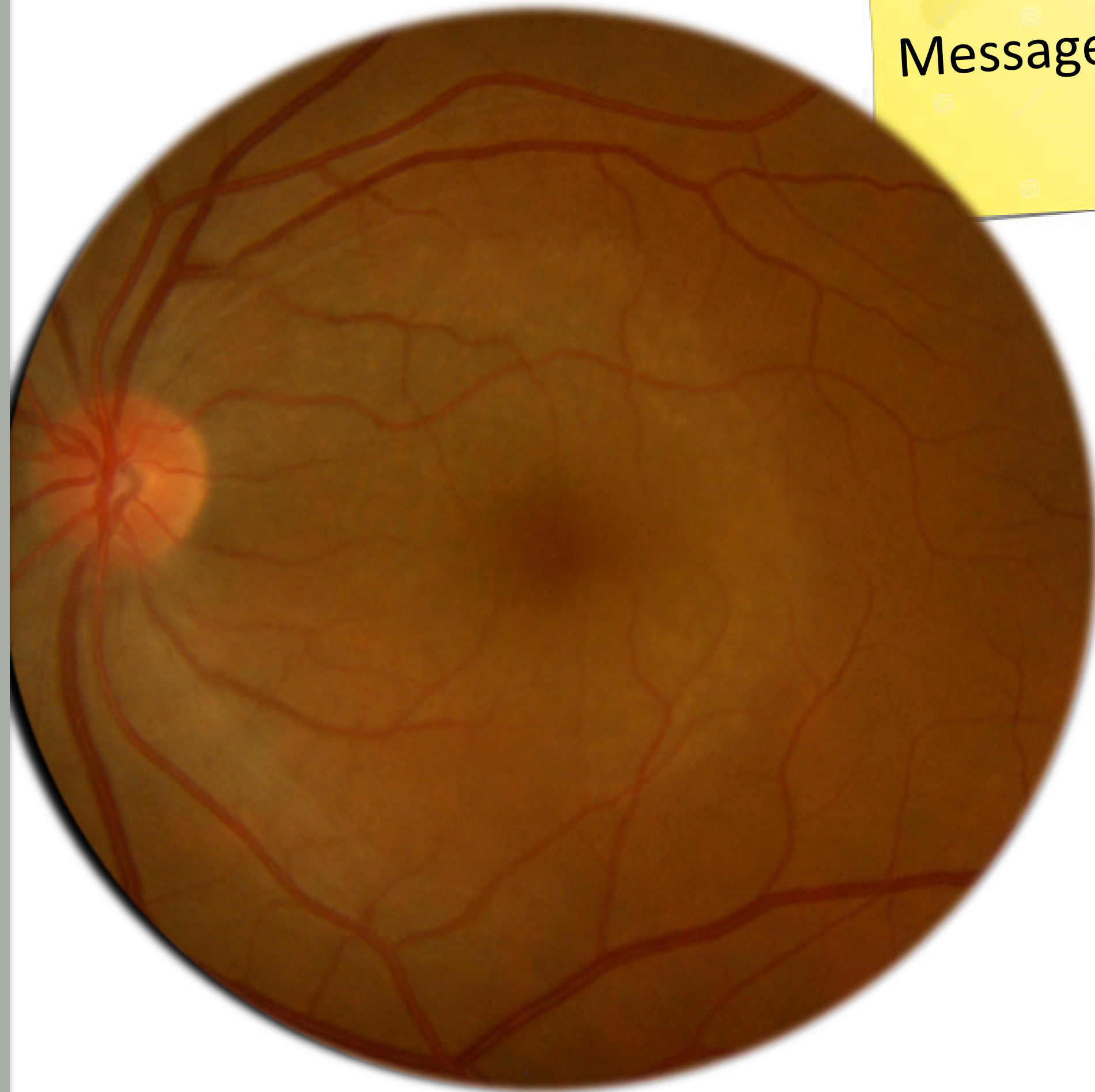
M. H -
Baisse visuelle
gauche
depuis 8 jours

Clichés normaux



SYPHILIS : atteinte ophtalmologique parfois révélatrice

S
Y
P
H
I
L
I
S



Message

Clinique

À évoquer devant toute uvéite

Diagnostic

Sérologie

Prise en charge

En médecine infectieuse

- Pour l'infectiologue : atteinte oculaire considérée comme une neuro syphilis

PARASITES

BACTÉRIES

3/4

VIRUS

CHAMPIGNONS

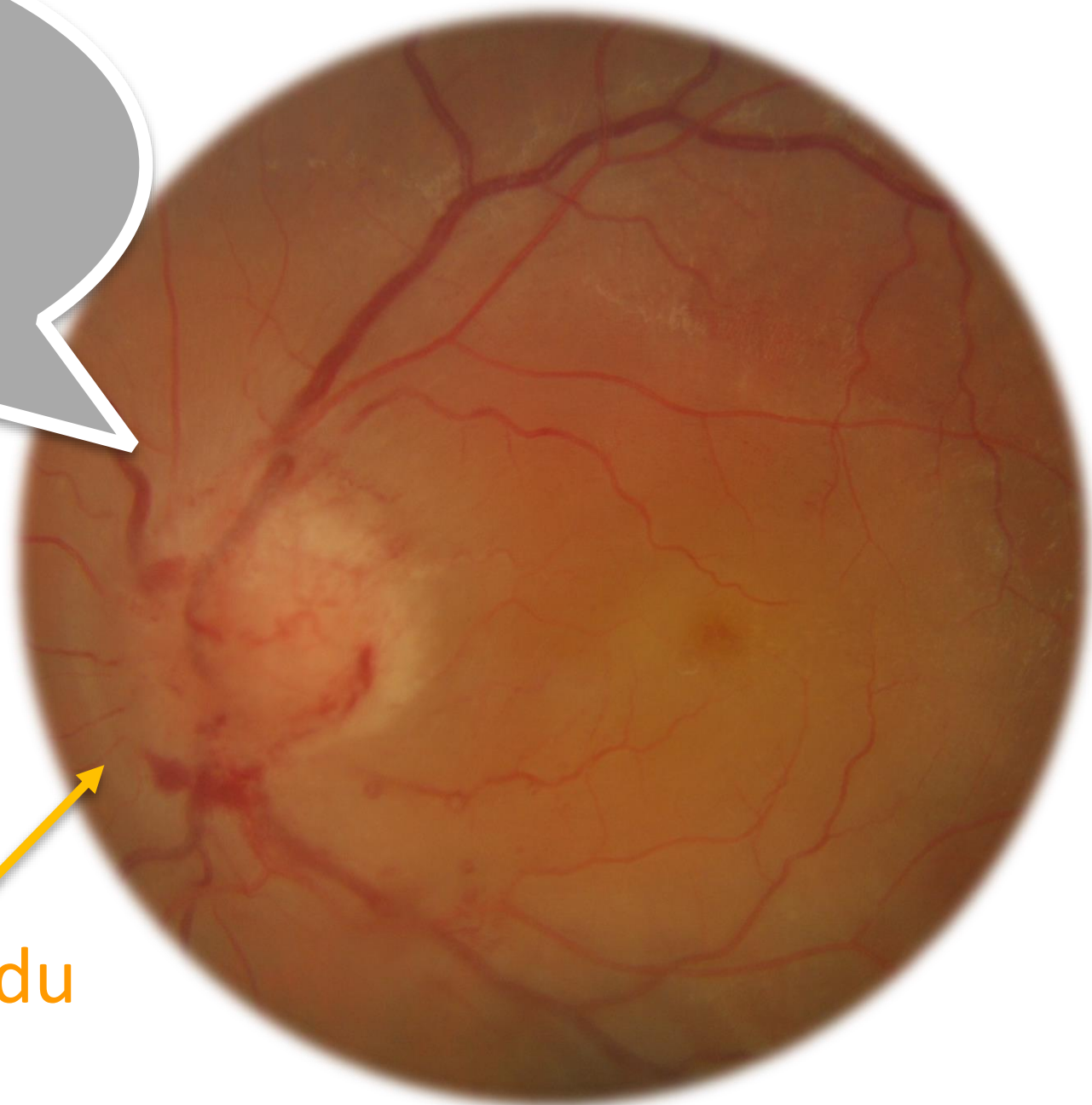


BARTONELLOSE

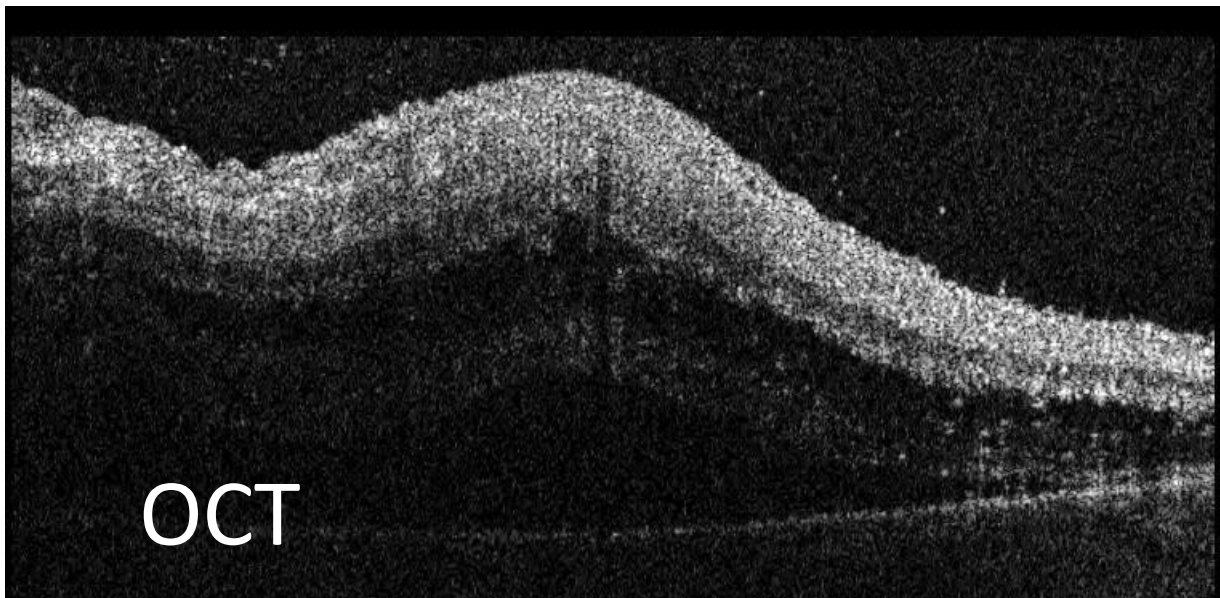
Cas clinique : BARTONELLOSE

M. B - 24 ans
Baisse visuelle
depuis 15 jours

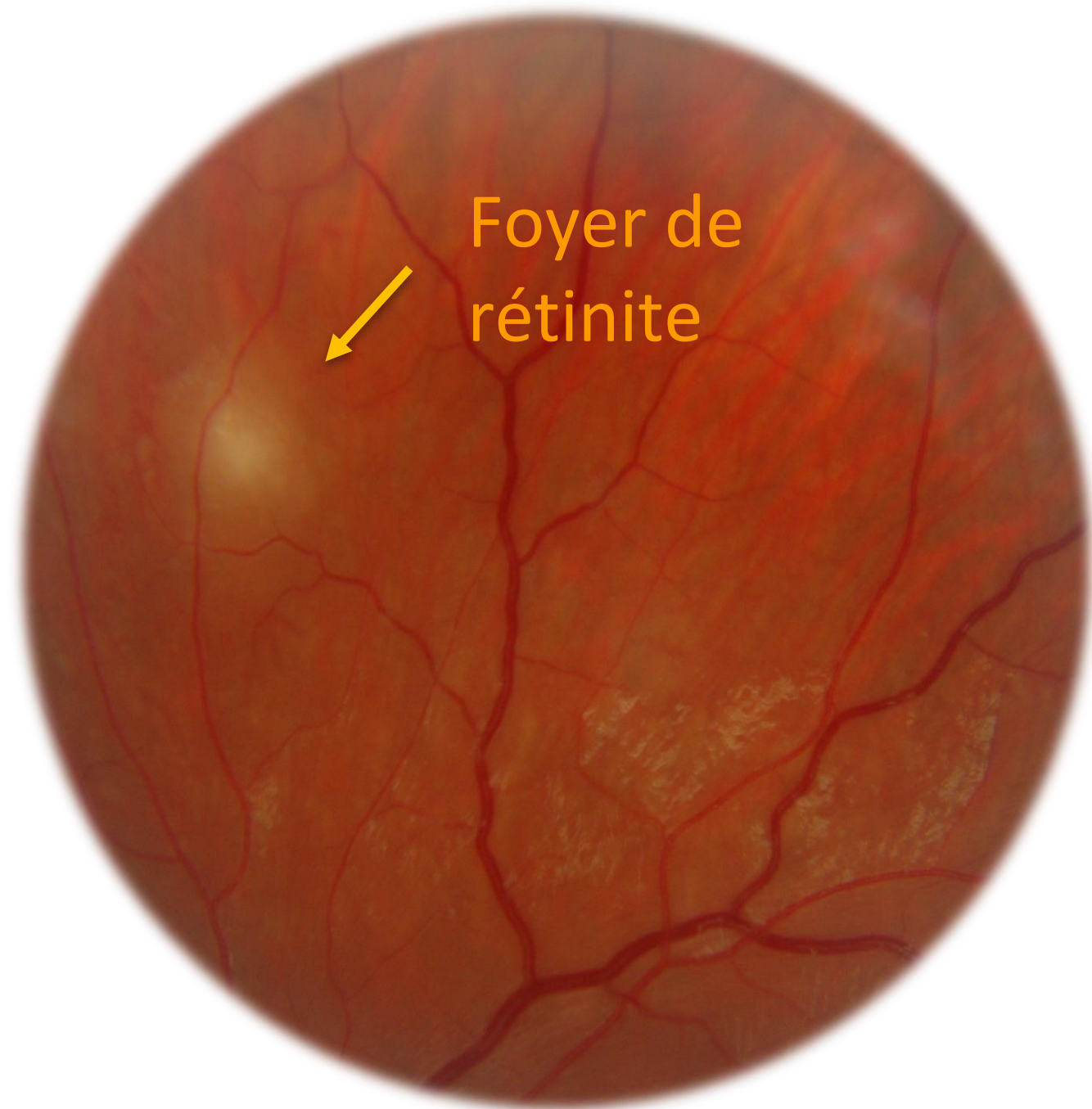
Perception
des mouvements
de la main



Atteinte du
nerf
optique



NEURO RETINITE
Atteinte du nerf optique
ET de la rétine

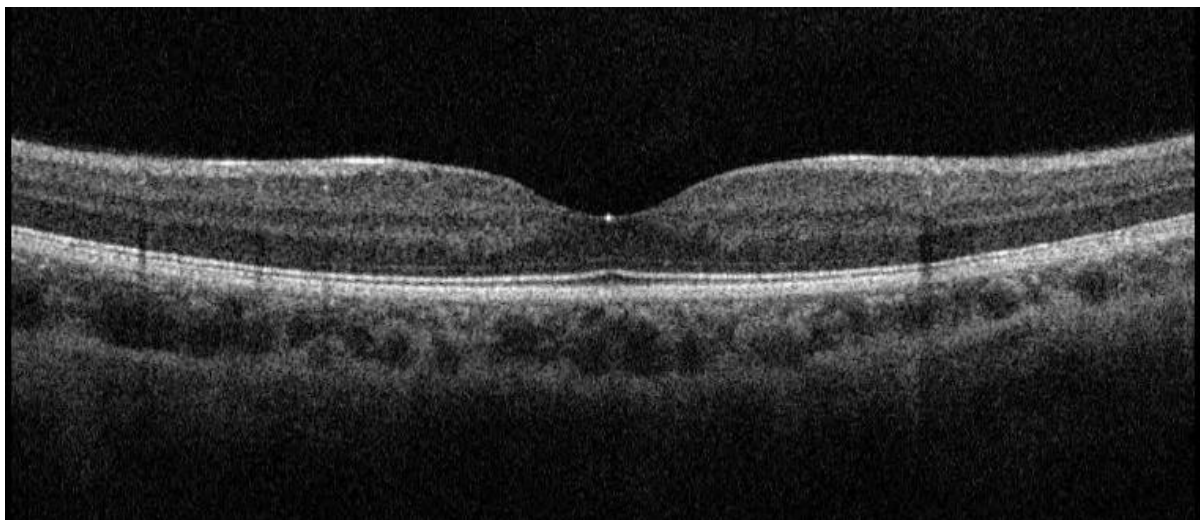


Foyer de
rétinite

Patient
sans pathologie



OCT normal

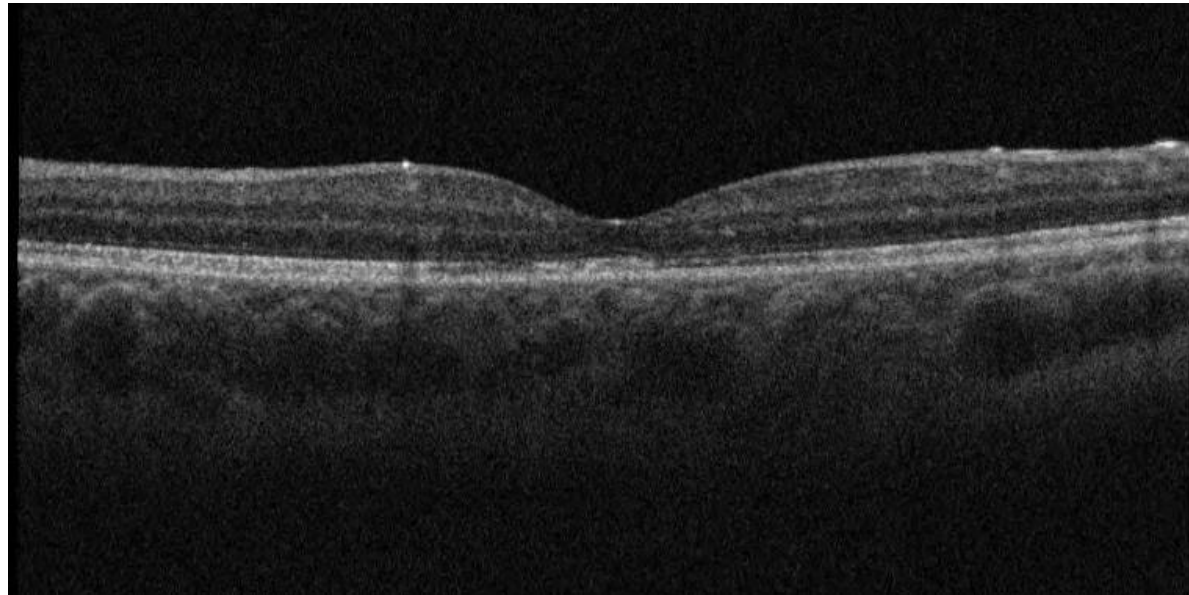
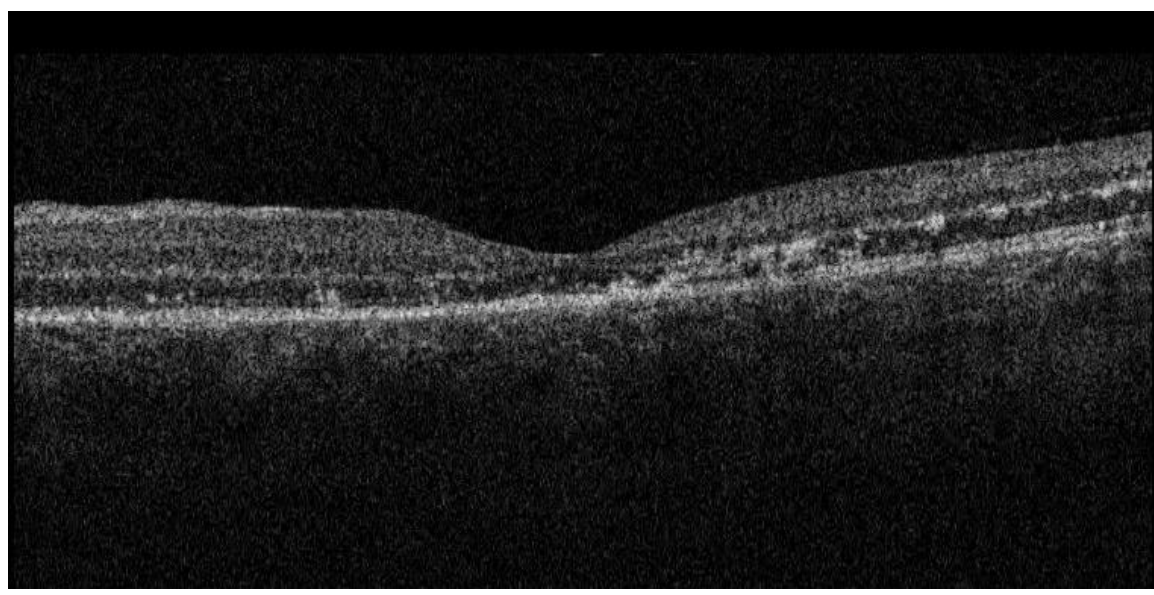
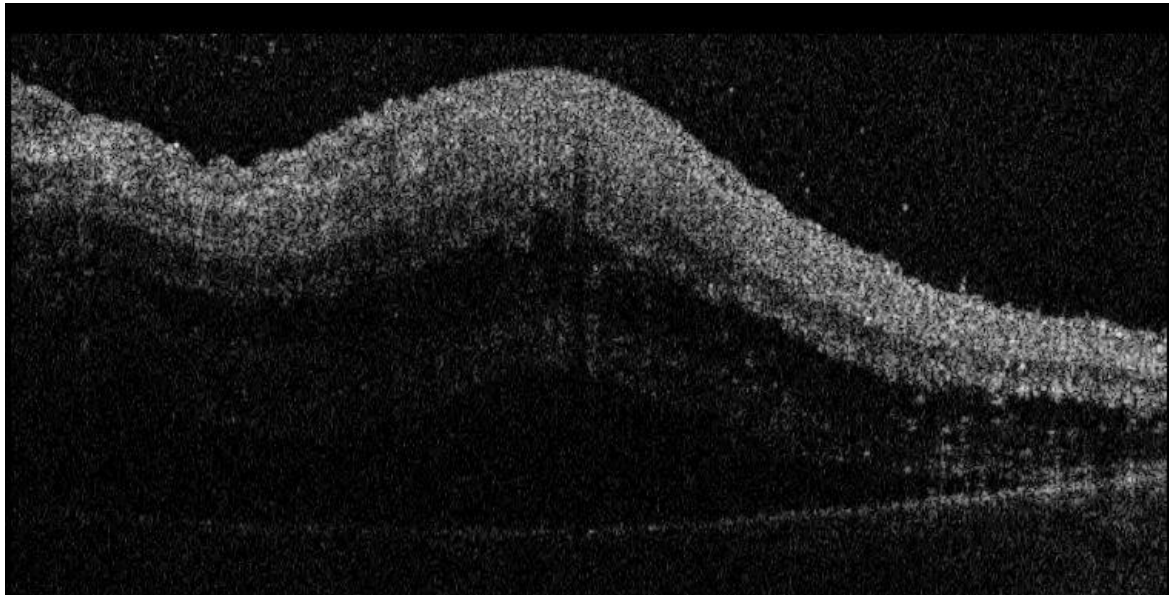
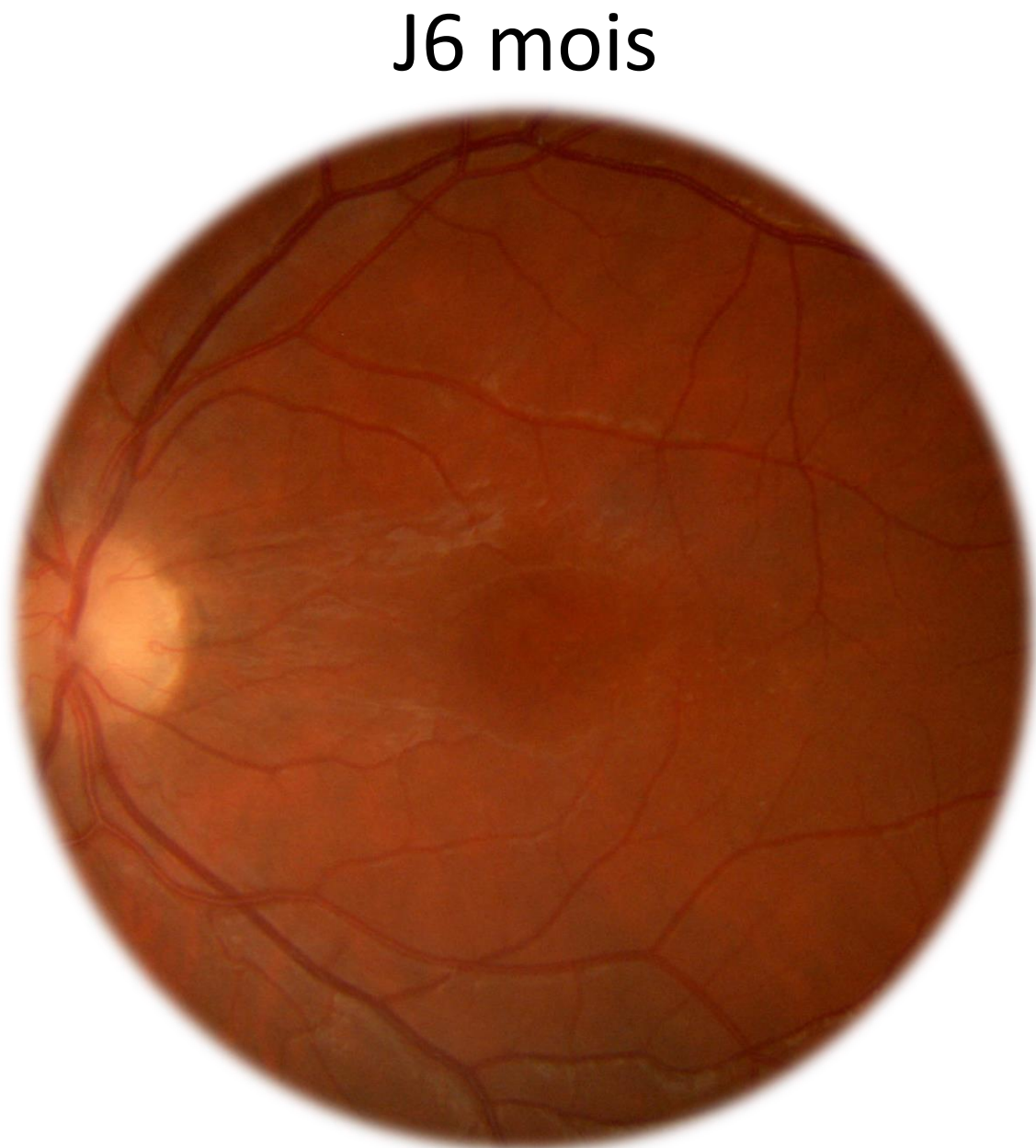


Cas clinique : BARTONELLOSE

TRAITEMENT

Absence de consensus

Recommandé dans les atteintes oculaires



Perception des mouvements de la main

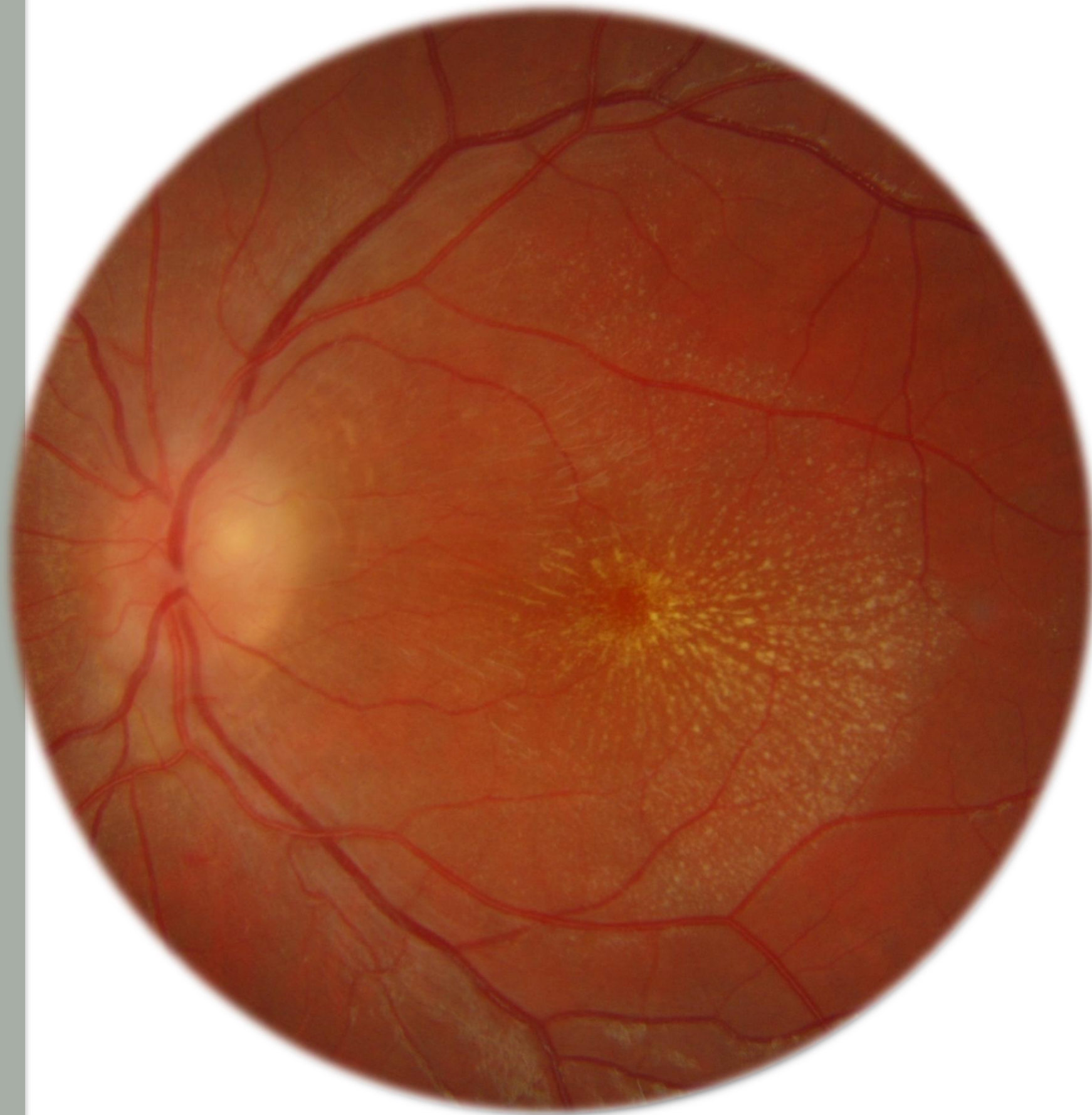
1/10

10/10

Message

Bartonella henselae : atteinte ophtalmologique

B
A
R
T
O
N
E
L
L
O
S
E



Clinique

Atteinte nerf optique, +/- rétinite

Diagnostic

Sérologie

Traitement systémique

- **Recommandé dans les atteinte oculaires**
- **Traitement ATB : non consensuel**
 - Macrolides : Azithromycine
 - Fluoroquinolones - Cyclines (doxycycline)
- +/- Corticothérapie systémique

PARASITES

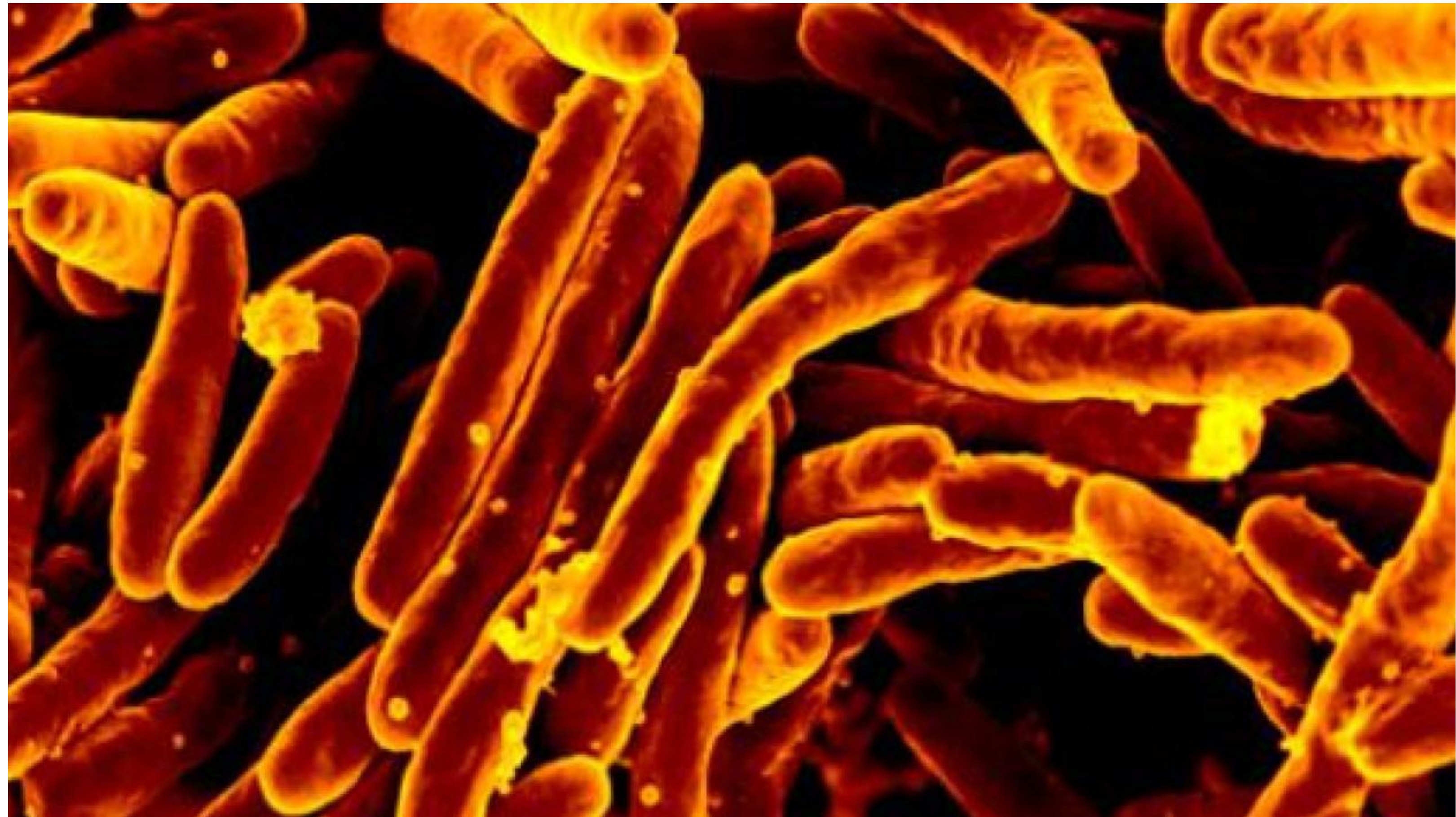
BACTÉRIES

4/4

VIRUS

CHAMPIGNONS

TUBERCULOSE



TUBERCULES CHOROÏDIENS

de BOUCHUT

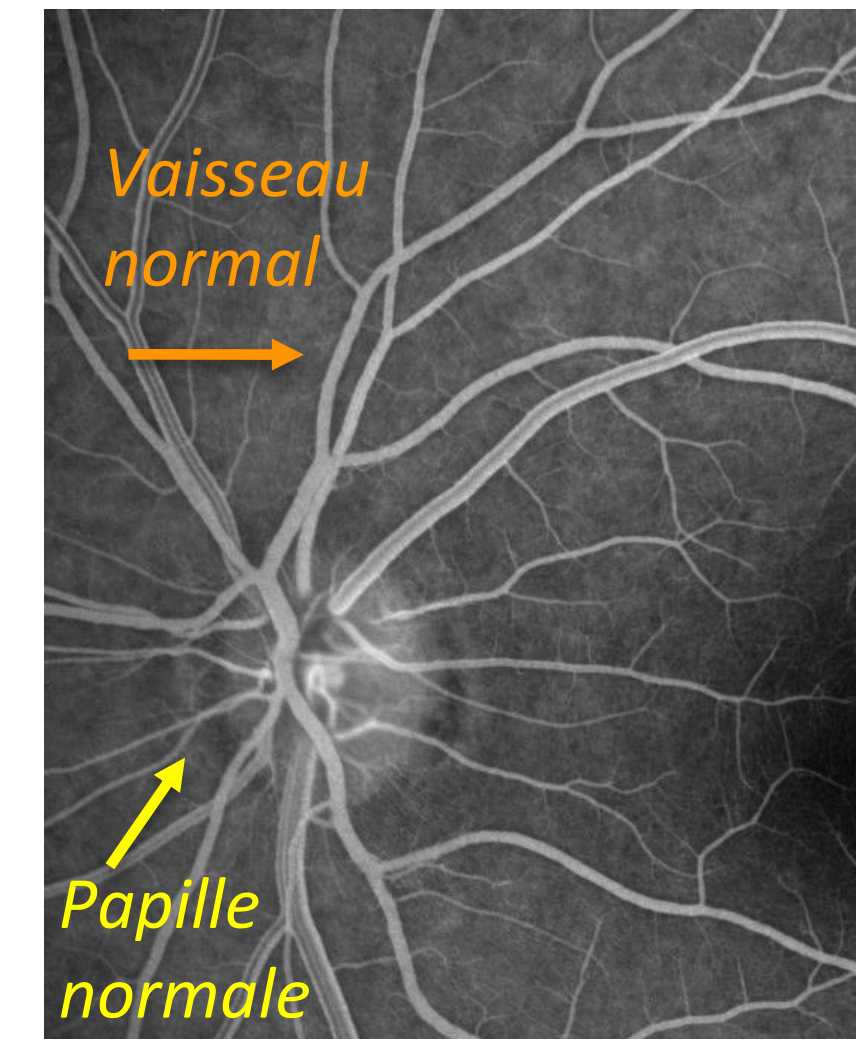
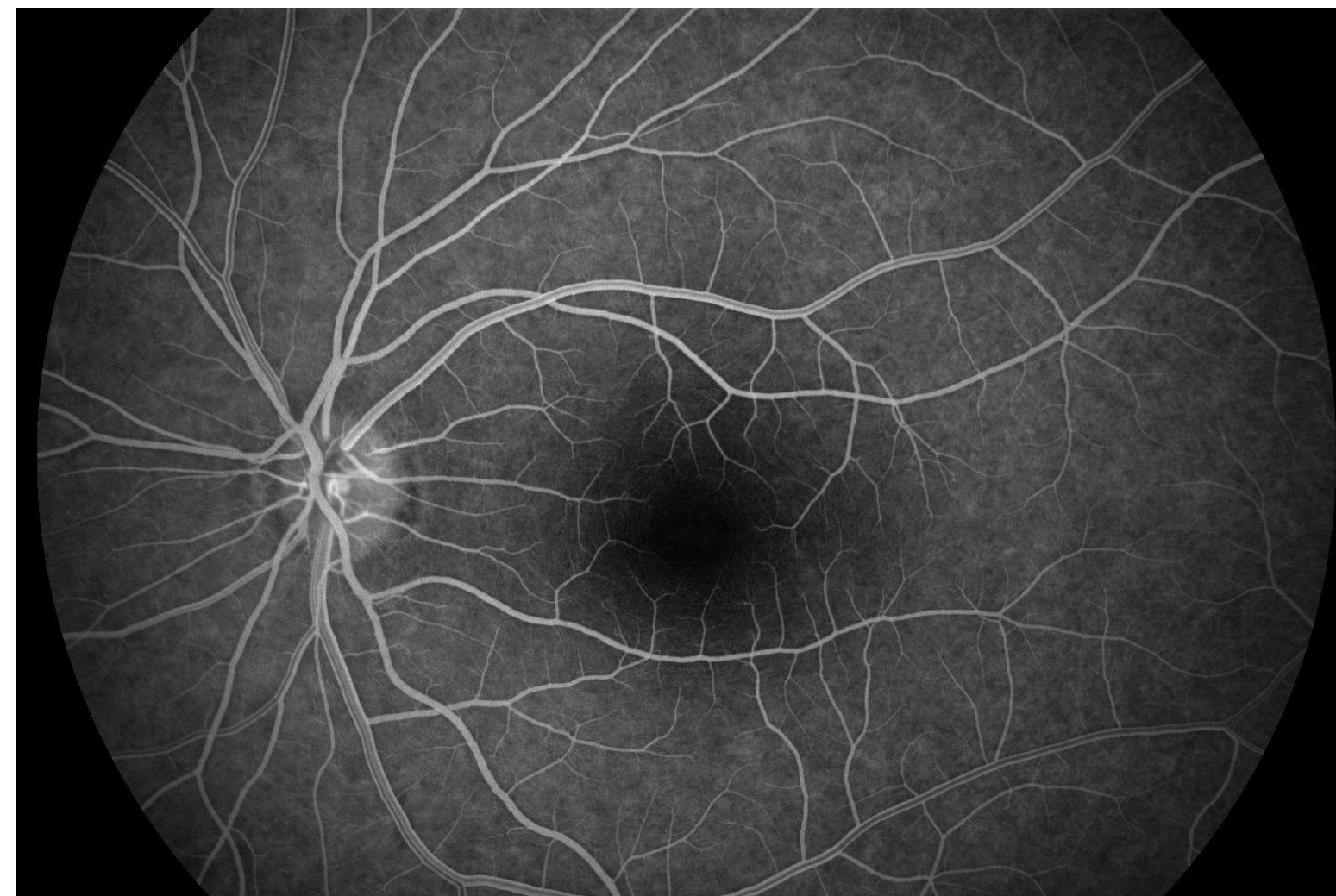
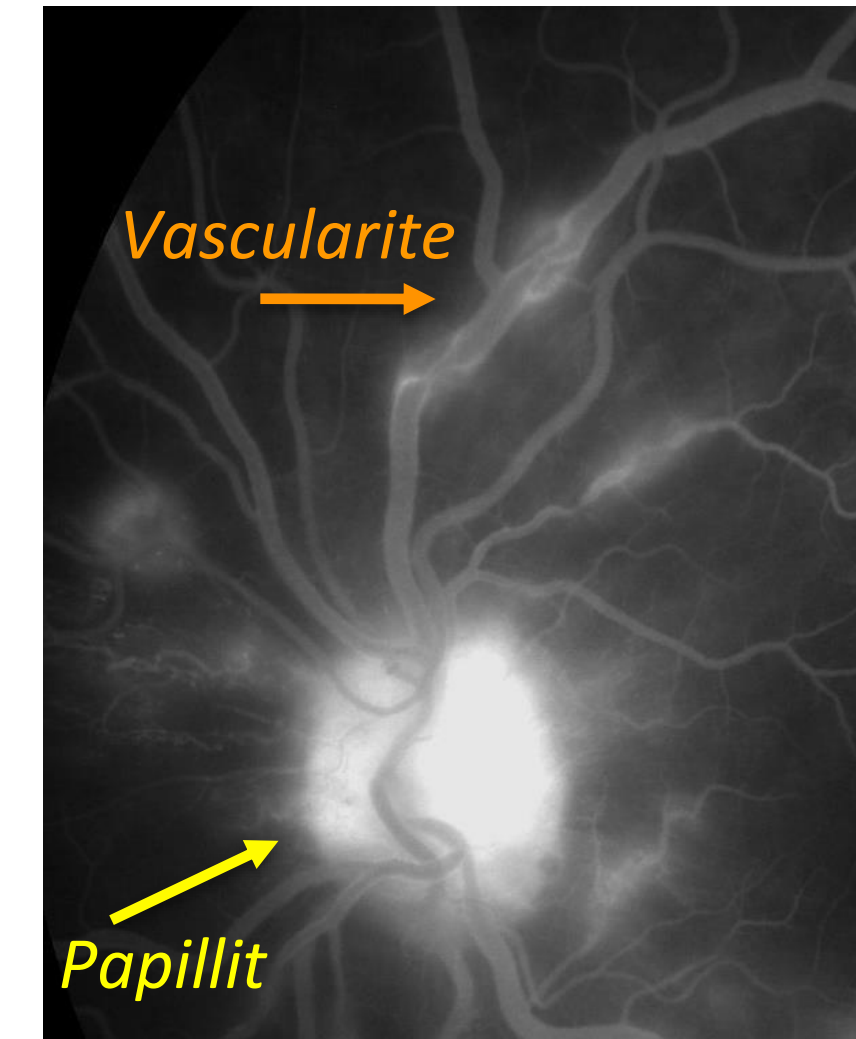
Manifestation **la plus caractéristique** des uvéites postérieures TB

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



*Gupta et al. Intra ocular tuberculosis-an update.
Surv Ophthalmol 2007.*

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

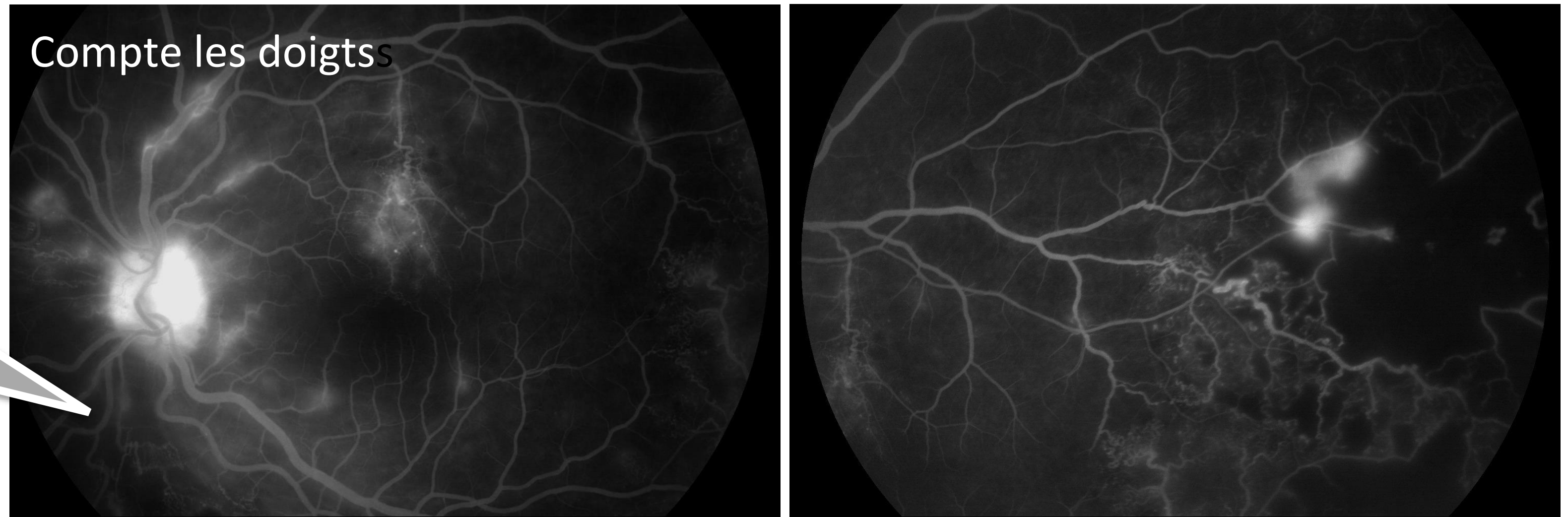
Autres symptômes ?

- 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

Message

Tuberculose oculaire

T
U
B
E
R
C
U
L
O
S
E



Clinique : uvéite Certaines formes cliniques plus évocatrices

BK dans l'œil : tubercules de Bouchut

TB oculaire confirmée

BK pas dans l'œil, dans d'autres organes, avec réaction inflammatoire oculaire

TB oculaire probable

BK pas dans l'œil, non retrouvé dans d'autres organes, inflammation oculaire, avec Quantiféron +. Imputabilité ???

TB oculaire possible

PARASITES

BACTÉRIES

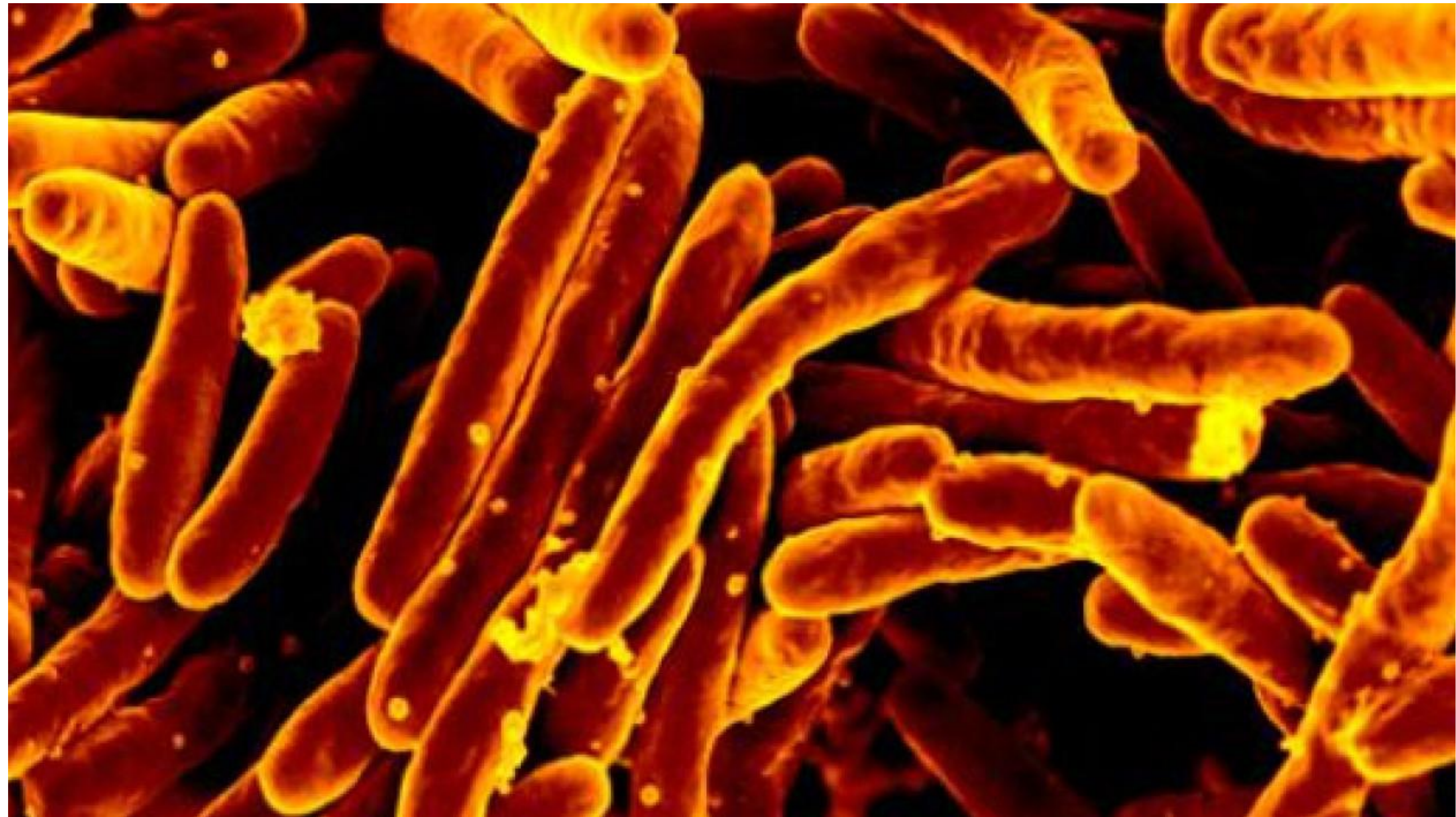
4/4

VIRUS

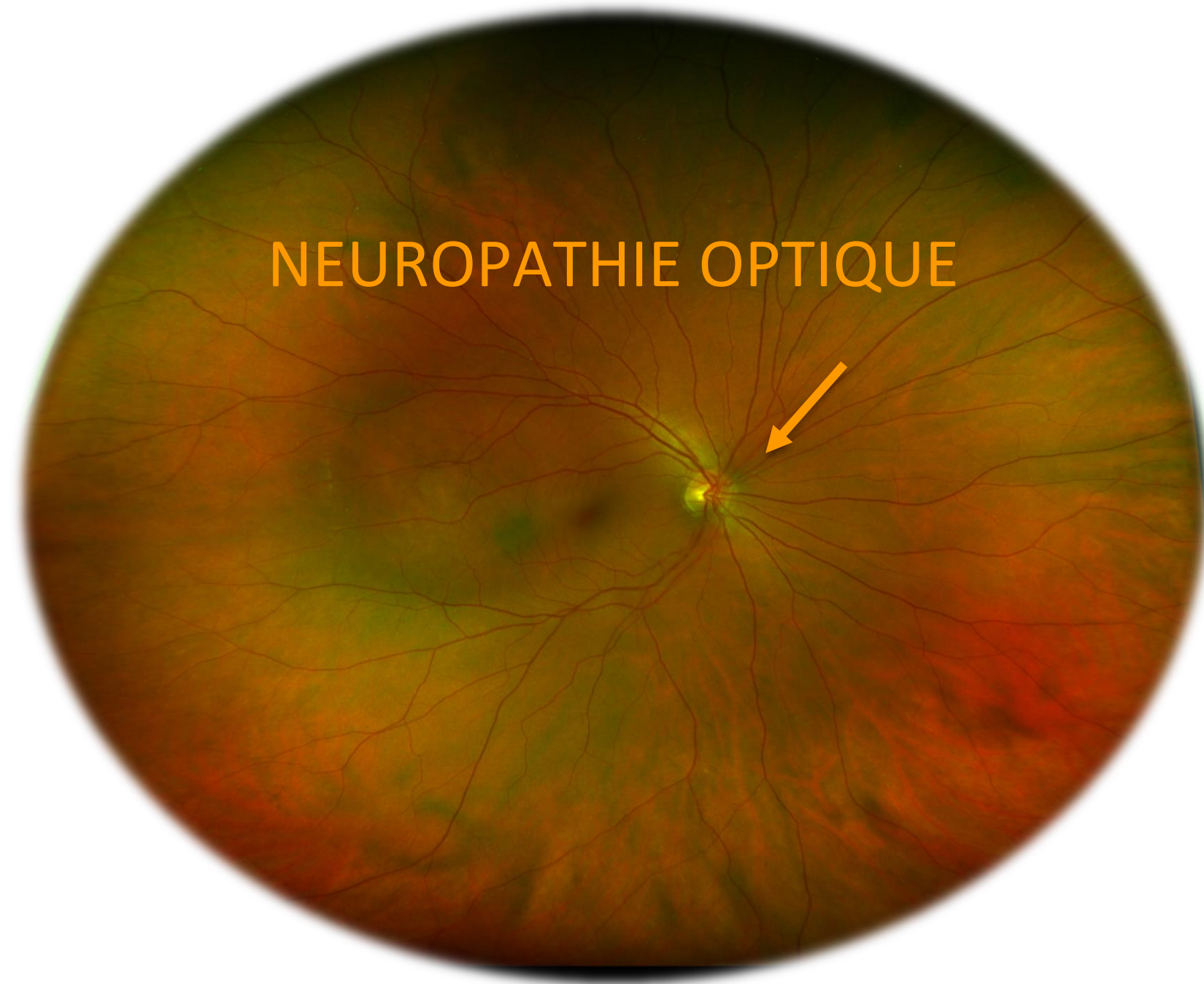
CHAMPIGNONS

TUBERCULOSE

latrogénicité



IATROGÉNICITÉ : neuropathies optiques



Symptômes : baisse visuelle bilatérale, troubles de la vision des couleurs

Champ visuel : scotome bilatéral

ETHAMBUTOL

Toxicité : **dose dépendante**

< 15 mg/kg/j 1 - 2 %

25 mg/kg/j 5 %

35 mg/kg/j 18 %

Durée d'exposition

entre qq jours et 1 an

Moyenne 4 mois

Surtout si tt > 2 mois



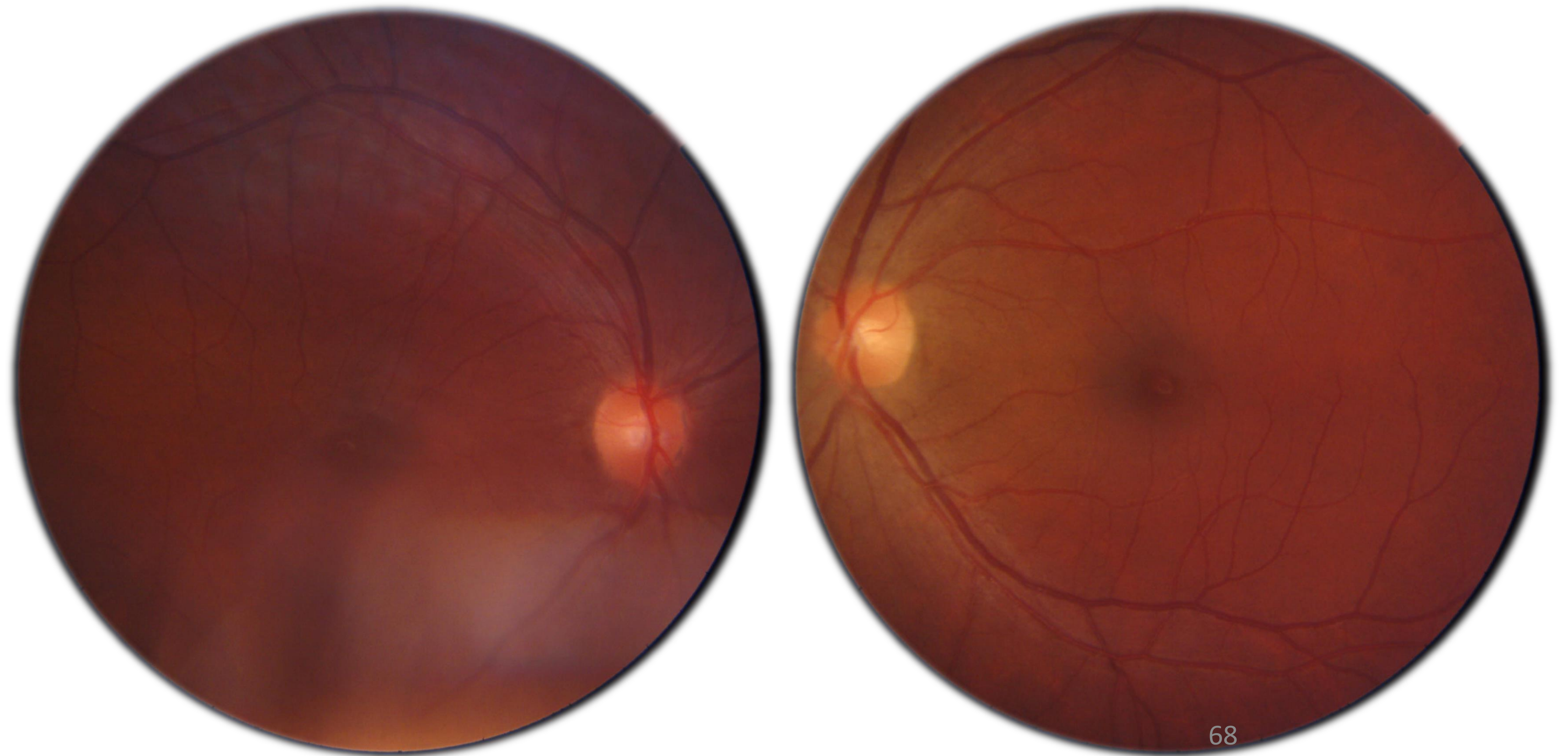
LINEZOLIDE

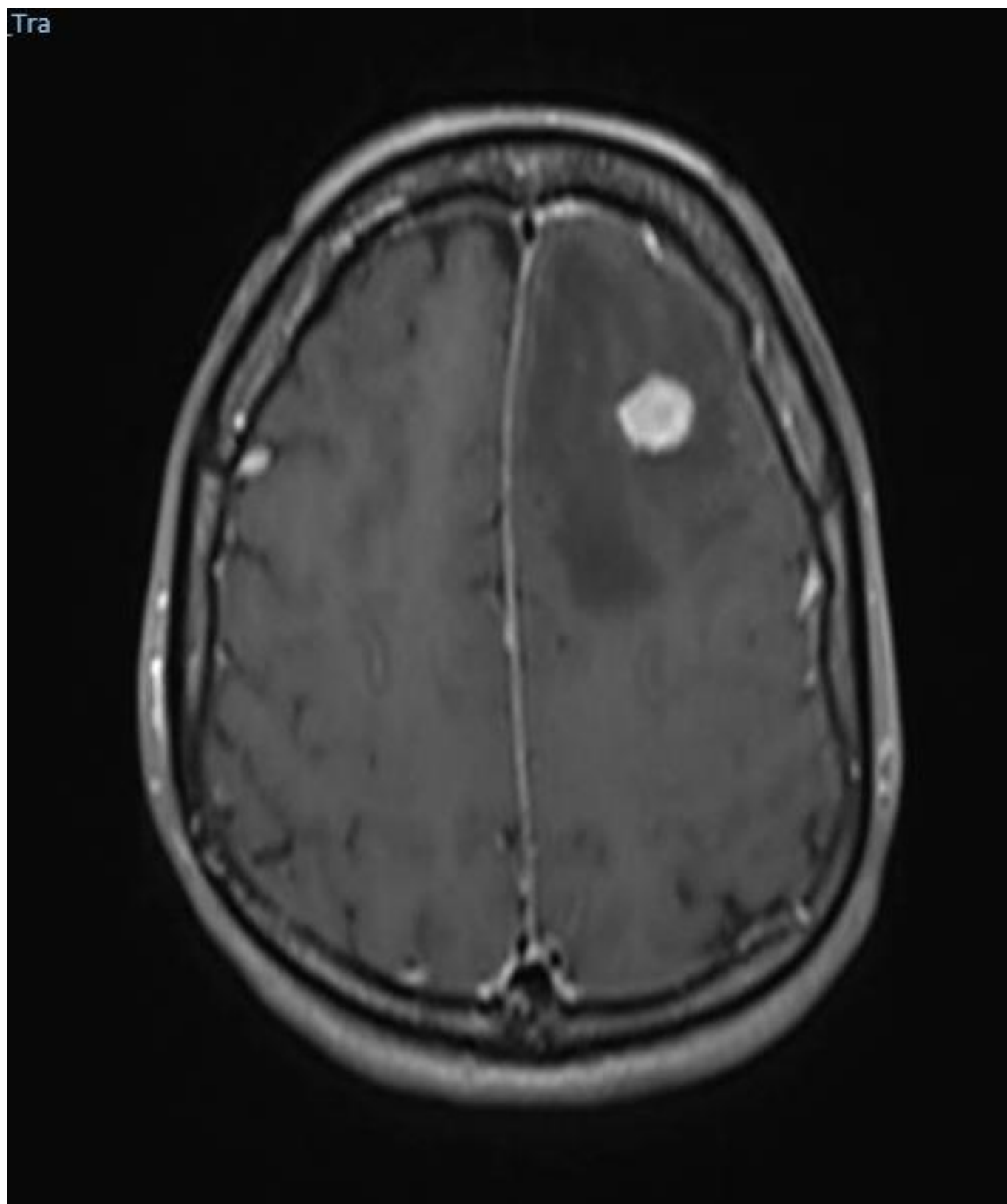
Neuropathie périphérique concomitante

Cas clinique : IATROGÉNICITÉ autre que neuropathie optique

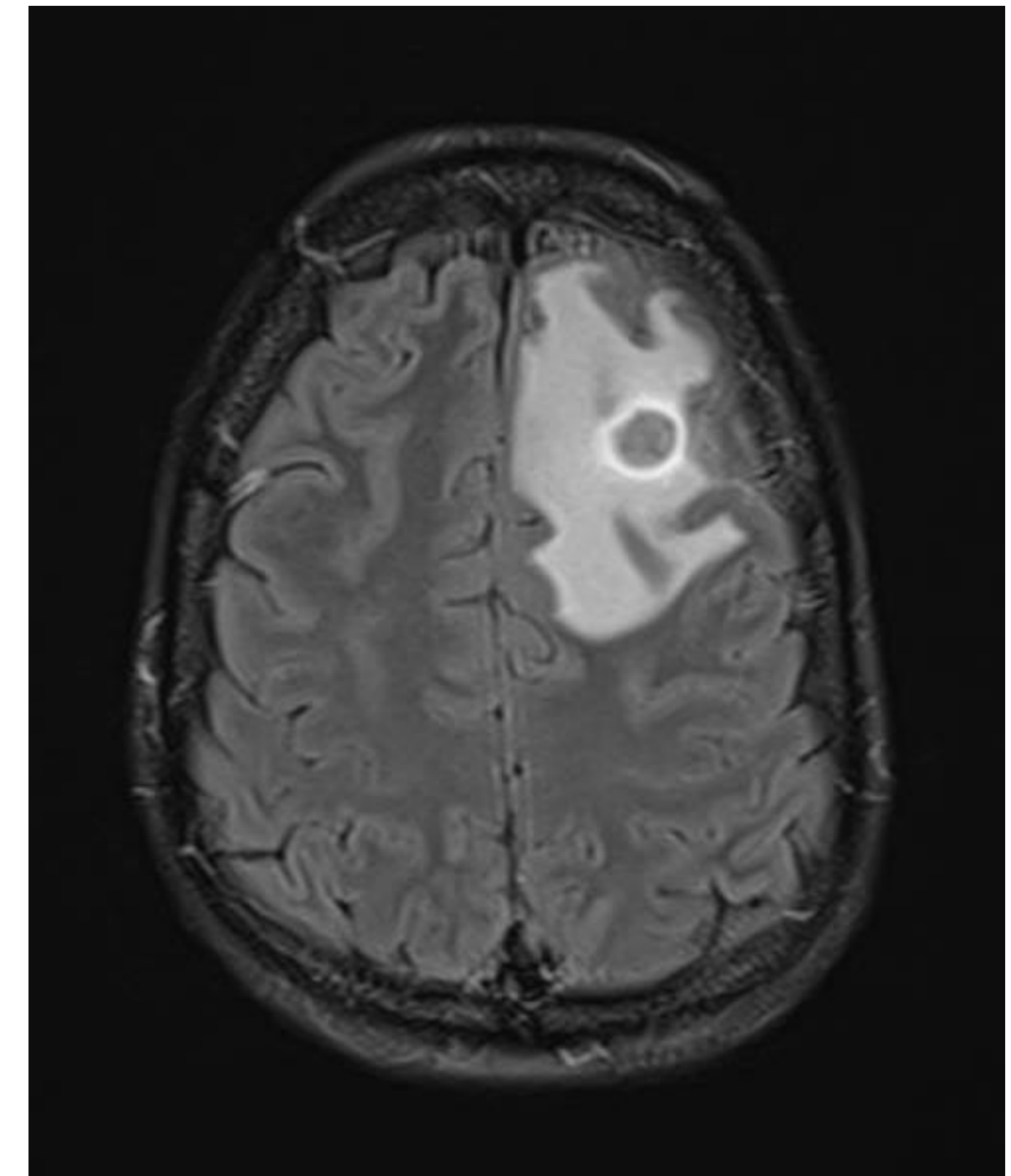
- Mme T - Migrant du Tchad - née en 1982
Sept 2019 : VIH - CD4 34 /mm

FOND D'OEIL : normal ODG





T1 FS Gado



T2 flair FS Tra Gado

Mme T - Migrant du Tchad - née en 1982

- Sept 2019 : VIH - CD4 34 /mm
- Nov 2019 : lésion frontale gauche

PL

Glucorachie, lactates : N
Protéines : 0,45

Biopsie cérébrale

Mycobacterium avium

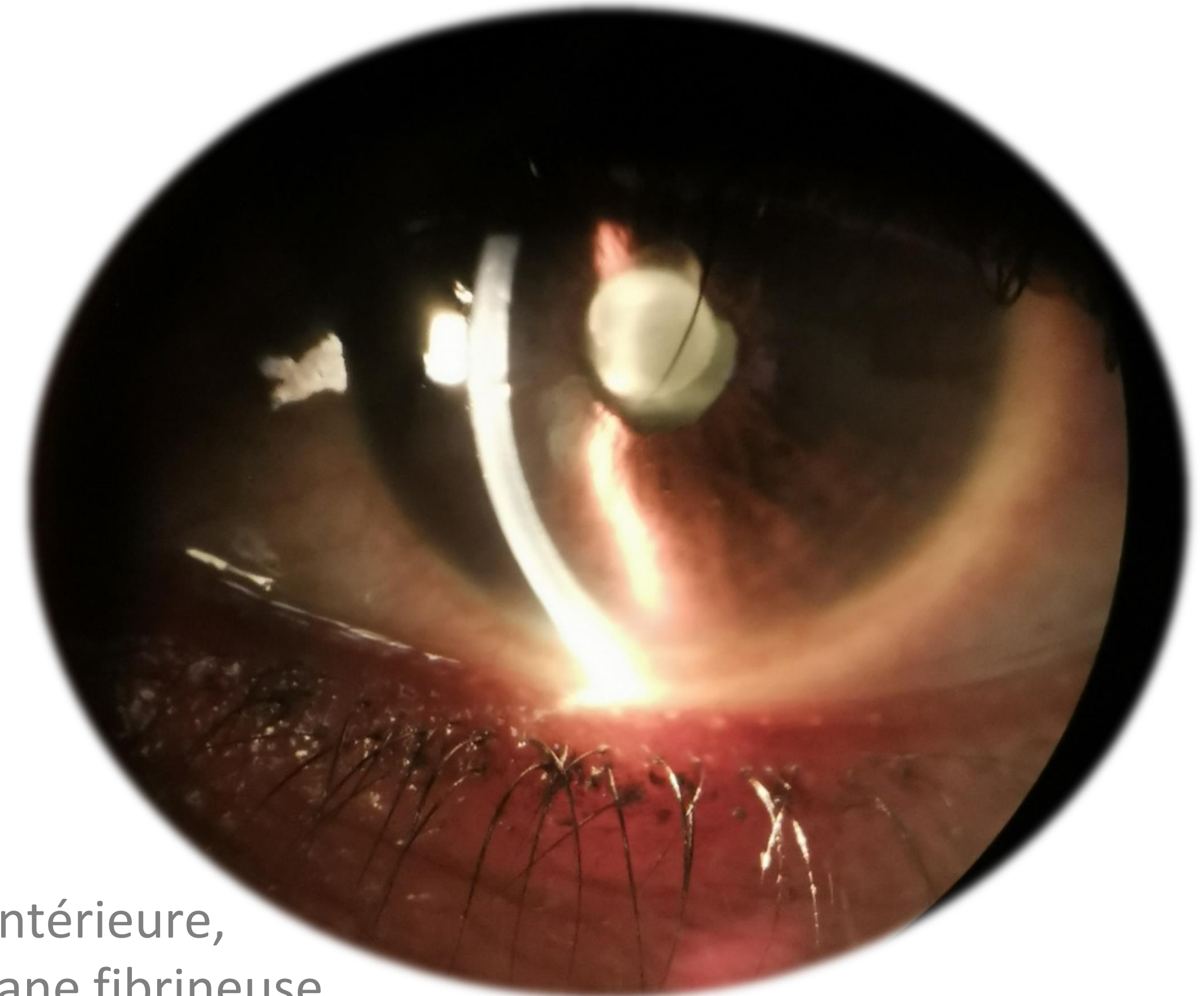
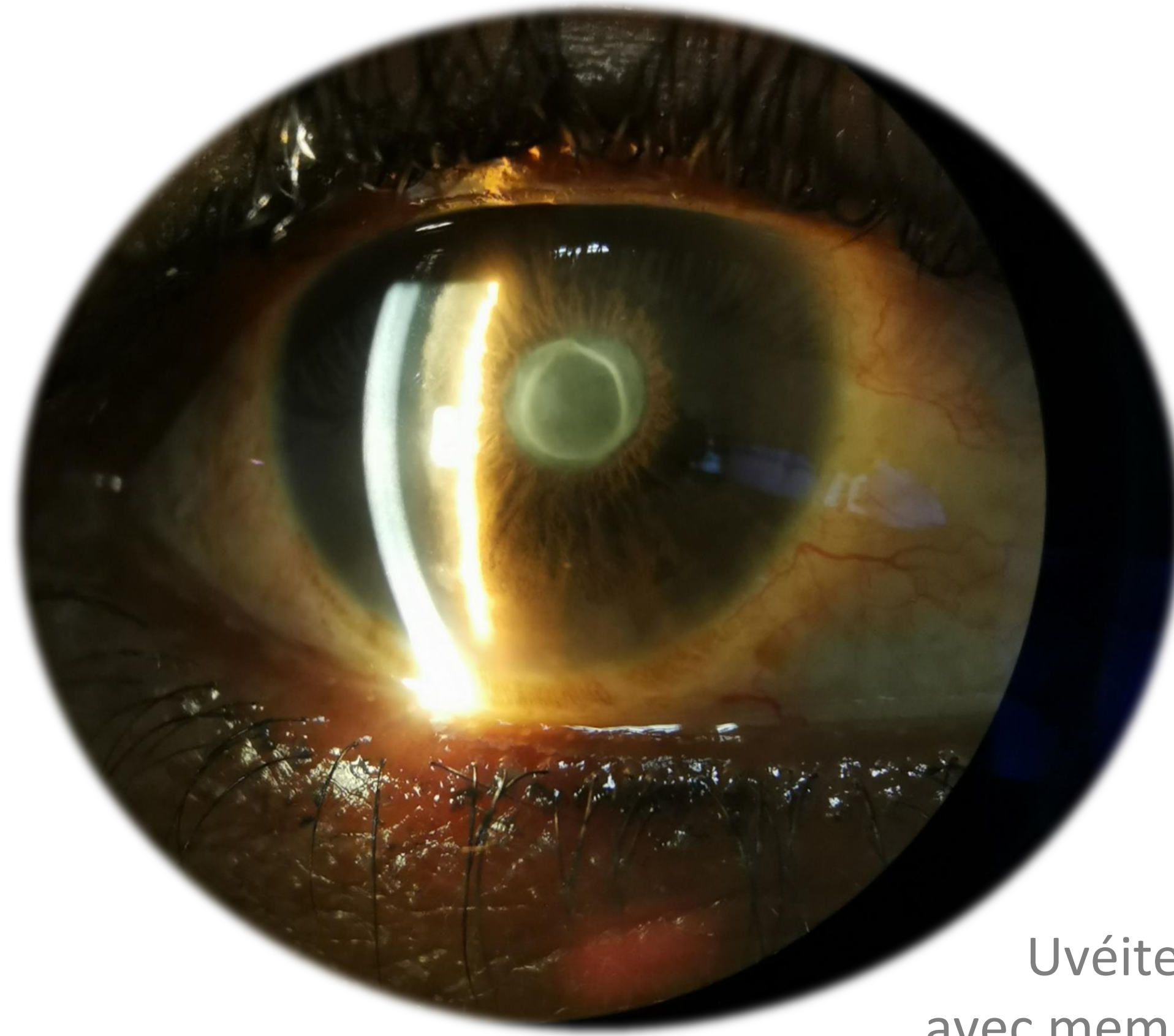
24/12

CIPROFLOXACINE
RIFABUTINE
CLARITHROMYCINE



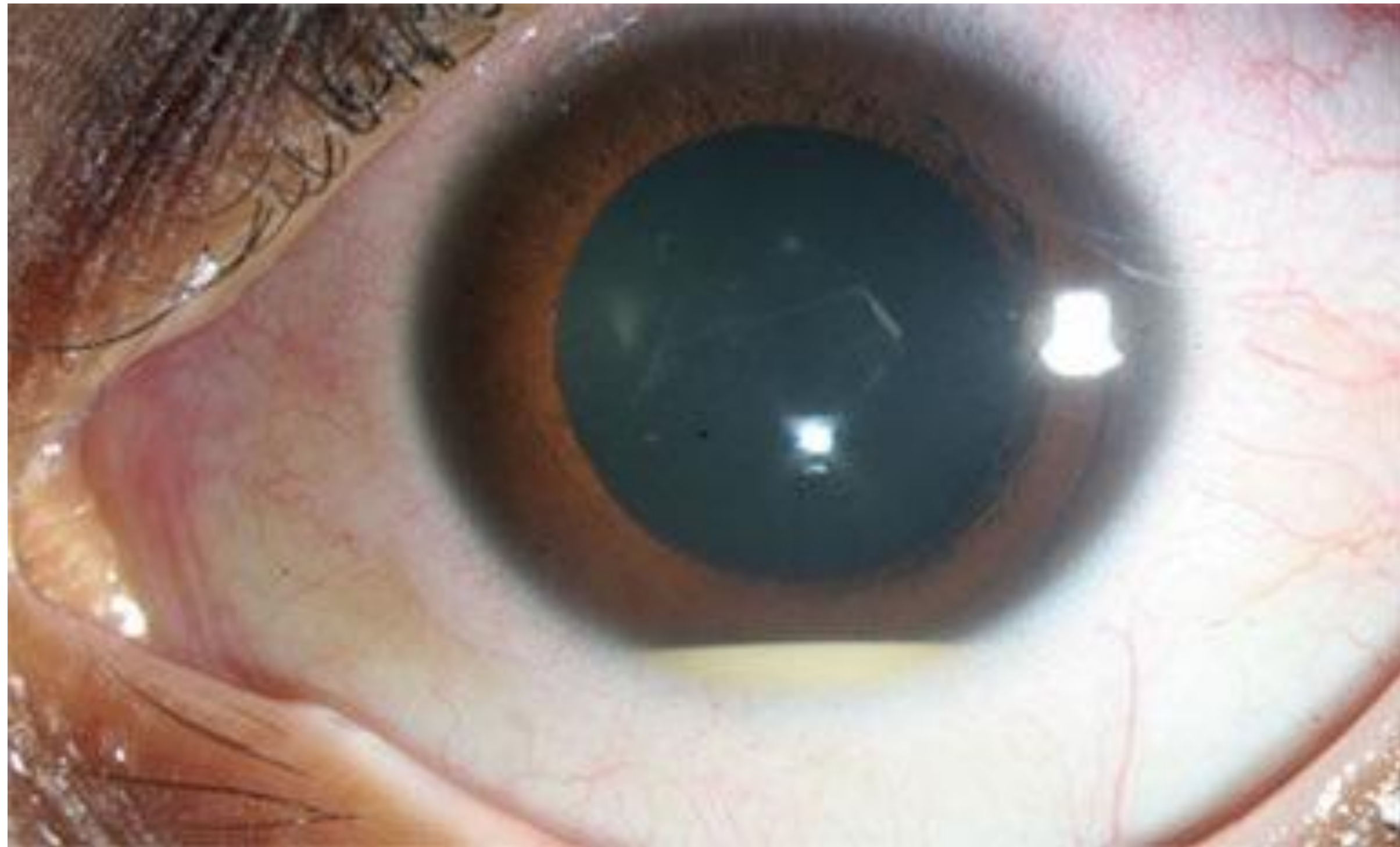
- Mme T - Migrant du Tchad - née en 1982 - **Lésion cérébrale *Mycobacterium avium***
 - Traitement en cours : 24/12 : CIPROFLOXACINE - RIFABUTINE – CLARITHROMYCINE
 - 06/01 Cs OPH en urgence : **uvéite antérieure, hyalite, fond d'œil semble normal**

HYPOTHÈSES ?



Uvéite antérieure,
avec membrane fibrineuse
dans l'aire pupillaire

IATROGÉNICITÉ : uvéites à la RIFABUTINE



Hypopion. Smith et al.

- Traitement des **mycobactéries atypiques**
- Uvéite entre **2 semaines et plusieurs mois** après le début du traitement
- Surtout décrit chez les **patients ID**
- Mécanisme possible : toxicité indirecte par lyse des mycobactéries intra oculaires
- Incidence liée à la dose, son **association** éventuelle avec des **macrolides** ou des **azolés** qui accroissent son métabolisme et sa concentration sanguine

Rifabutin-associated hypopion uveitis and retinal vasculitis with a history of acute myeloid leukemia. Smith et al. J Ophthalmol Inflamm Infect 2012.

Uvéite bilatérale induite par la rifabutine. Pochat-Cotilloux et al. J Fr Ophtalmol 2014.

Rifabutin-associated uveitis in a 10-year-old child with HIV. Trone et al. J Fr Ophtalmol 2018.

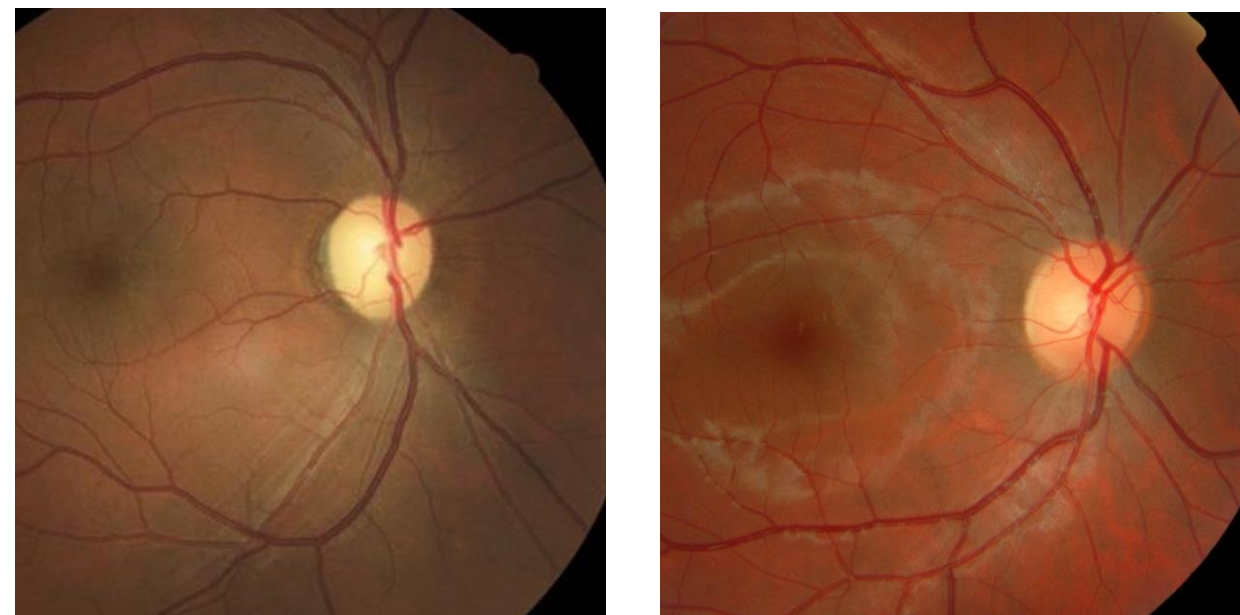
Message

TOXICITÉ MÉDICAMENTEUSE

NEUROPATHIE OPTIQUE

LINEZOLIDE ETHAMBUTOL

DÉPISTAGE



Pâleur du NO

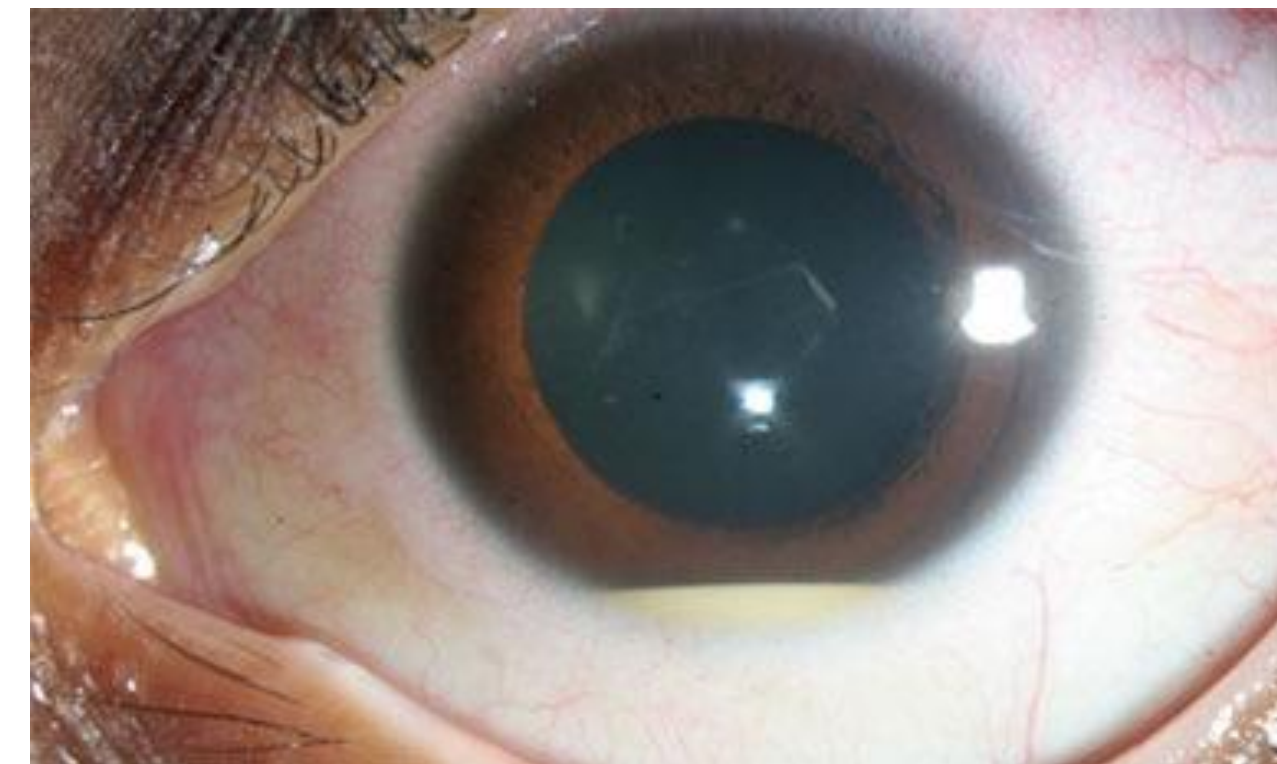
NO normal

Champ visuel, couleurs, PEV
A partir 2^e mois : tous les mois

PAS DE CONSENSUS ...

UVÉITES

RIFABUTINE

~~DÉPISTAGE~~

Cs OPH en urgence si :
Œil rouge, douloureux,
baisse visuelle

PARASITES

BACTÉRIES

VIRUS

CHAMPIGNONS

STAPHYLOCOQUE

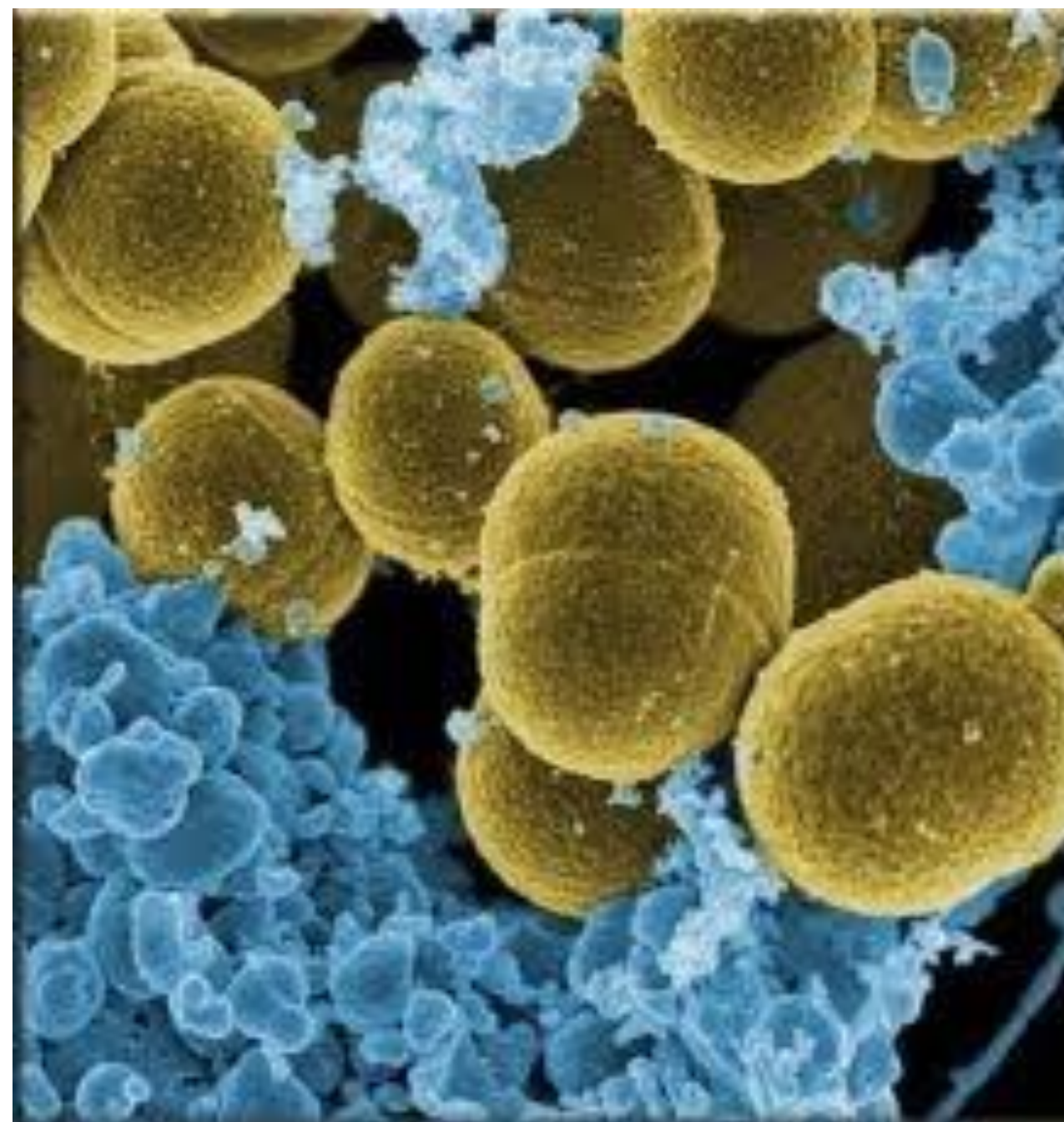


Parfois atteinte oculaire
1^{ère} manifestation
d'une infection systémique

SYPHILIS



STREPTOCOQUE



BARTONELLOSE



⁷³
TUBERCULOSE

PARASITES

BACTÉRIES

Virus

CHAMPIGNONS

HSV

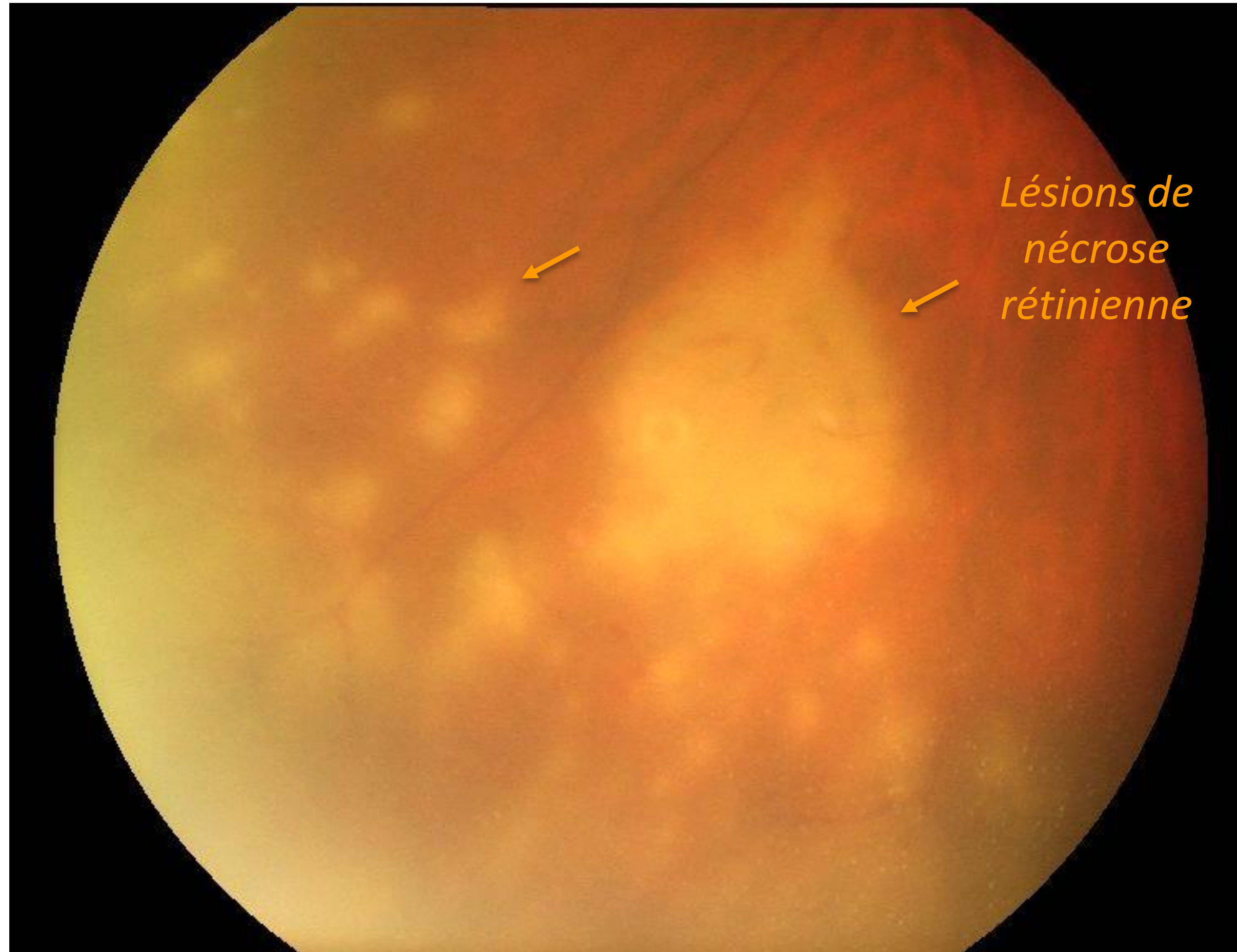
VZV

CMV



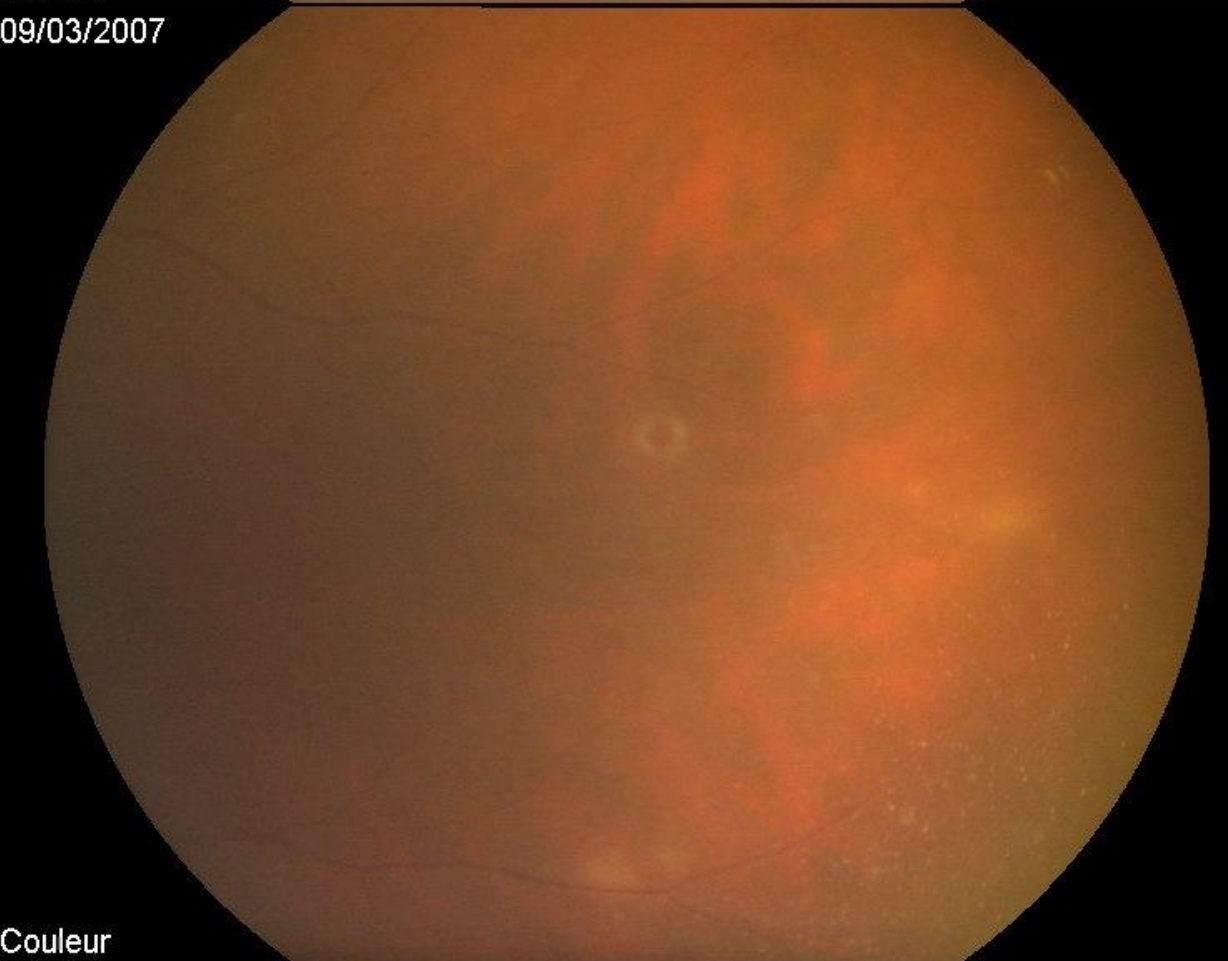
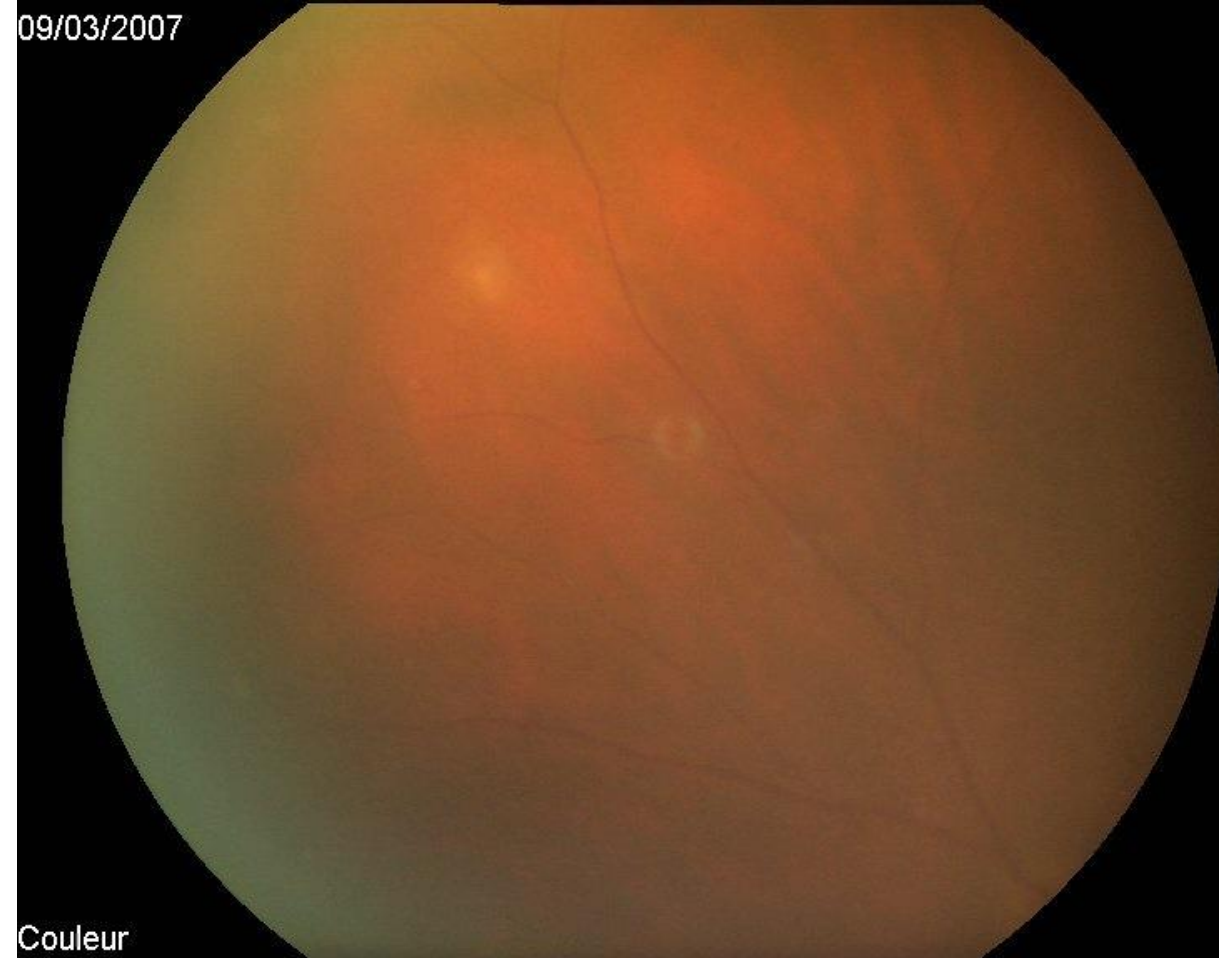
Nécrose rétinienne aiguë virale - Cas clinique

ARN Acute Retinal Necrosis



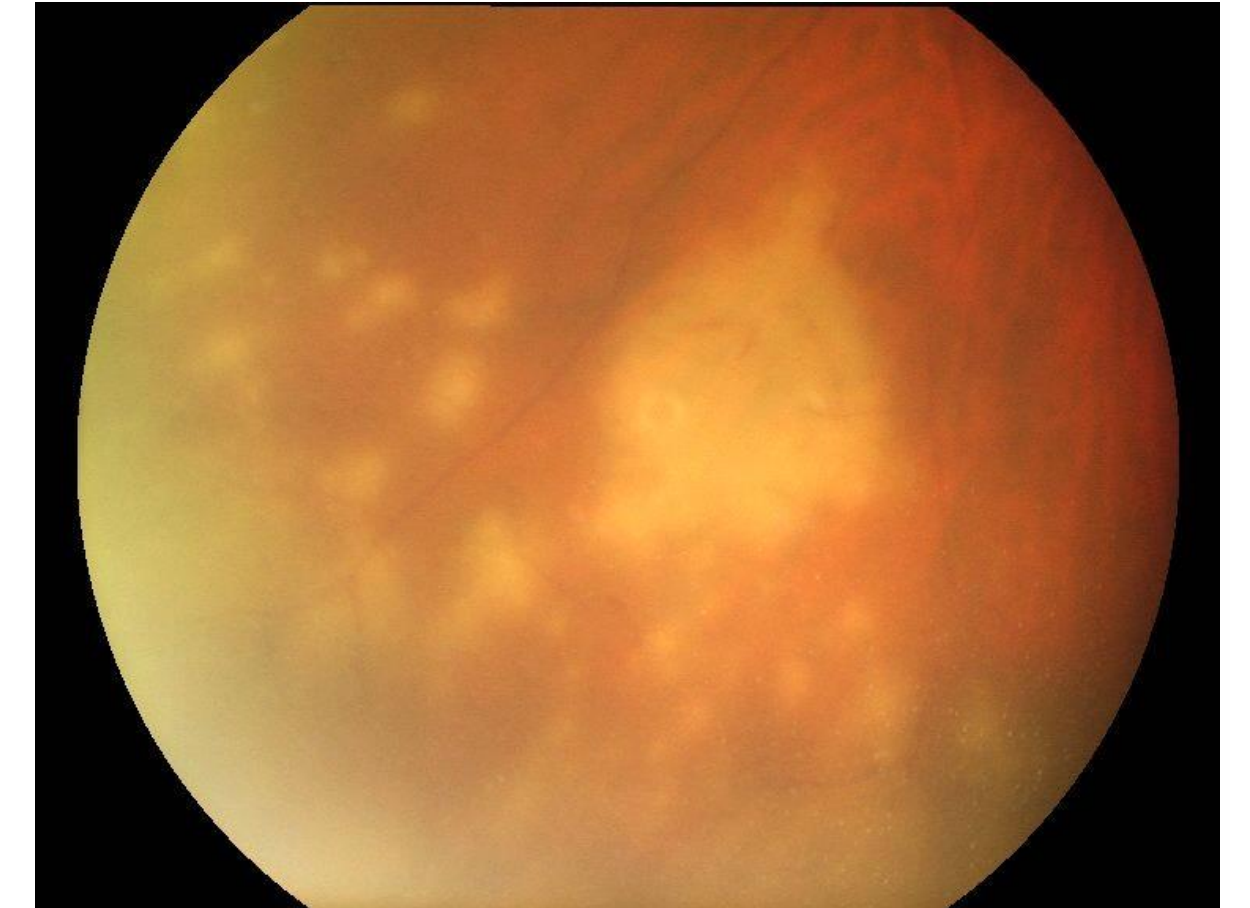
M B - 64 ans
Baisse visuelle gauche
Uvéite granulomateuse
TO 44 mmHg

Humeur
aqueuse :
VZV +



Immuno compétent HSV / VZV

- Confirmation : Prélèvement humeur aqueuse – PCR virale
- Traitement : anti viral IV ACICLOVIR 10 mg/kg/8 h
ET injections intra vitréennes GANCICLOVIR



Pronostic

Acuité visuelle < 1/10 : 50%

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

**Rechute
 homolatérale**

15 %

BILATÉRALISATION

Initiale : 9 – 30 %

A 1 an : sans traitement anti viral 69%
 A 1 an : avec traitement anti viral 13%

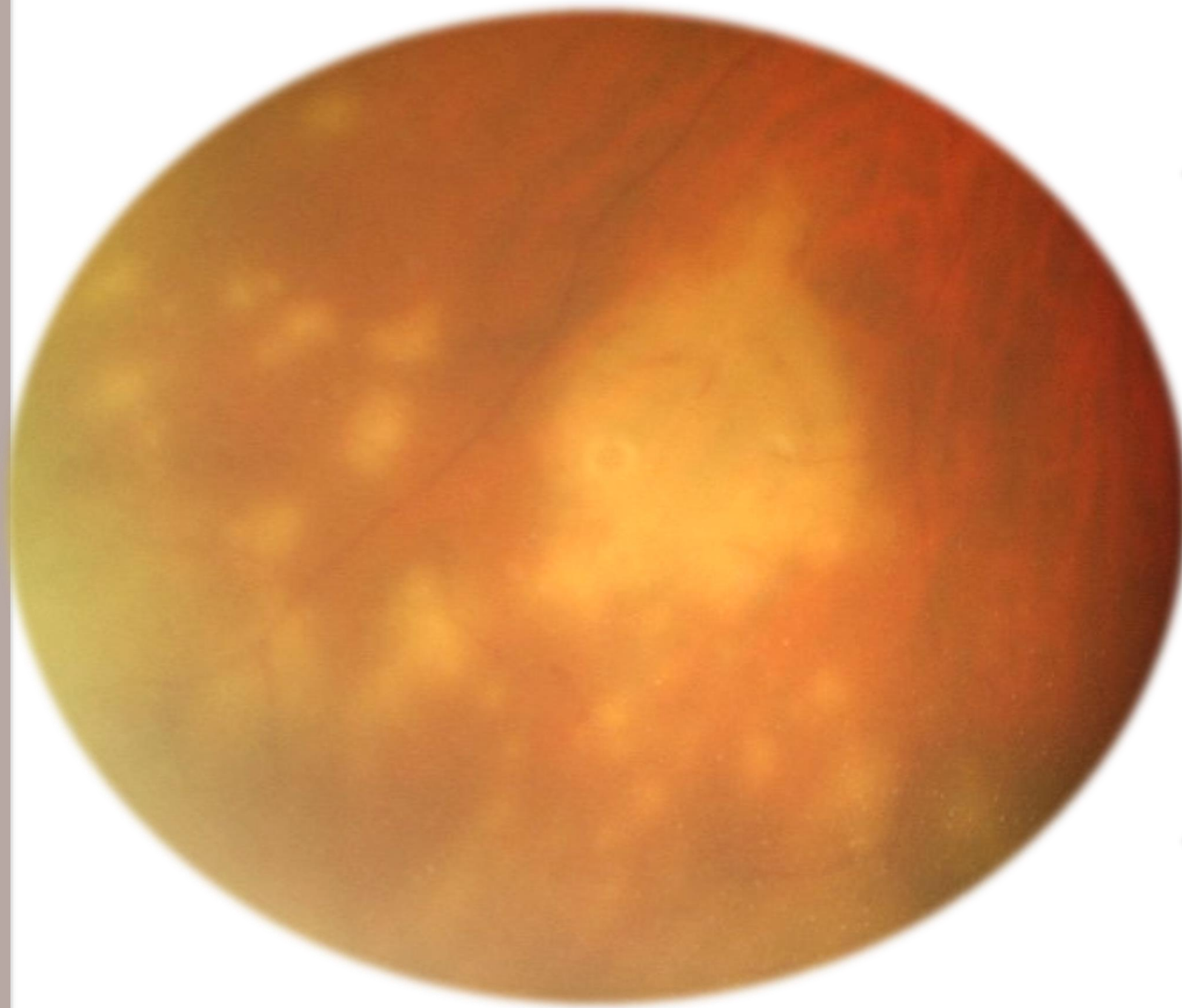
Message

Nécrose rétinienne virale immuno compétent

R
É
T
I
N
I
T
E

HSV

VZV



Clinique

Pan uvéite, nécrose rétinienne

Diagnostic virologique

Prélèvement d'humeur aqueuse

Traitement

- Anti viral par voie générale
IV GANCICLOVIR (si échec : FOSCARNET)

- + intra vitréenne GANCICLOVIR



PARASITES

BACTÉRIES

Virus

CHAMPIGNONS

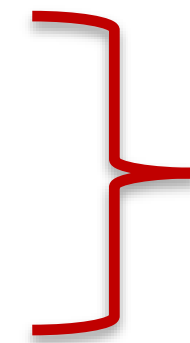
HSV



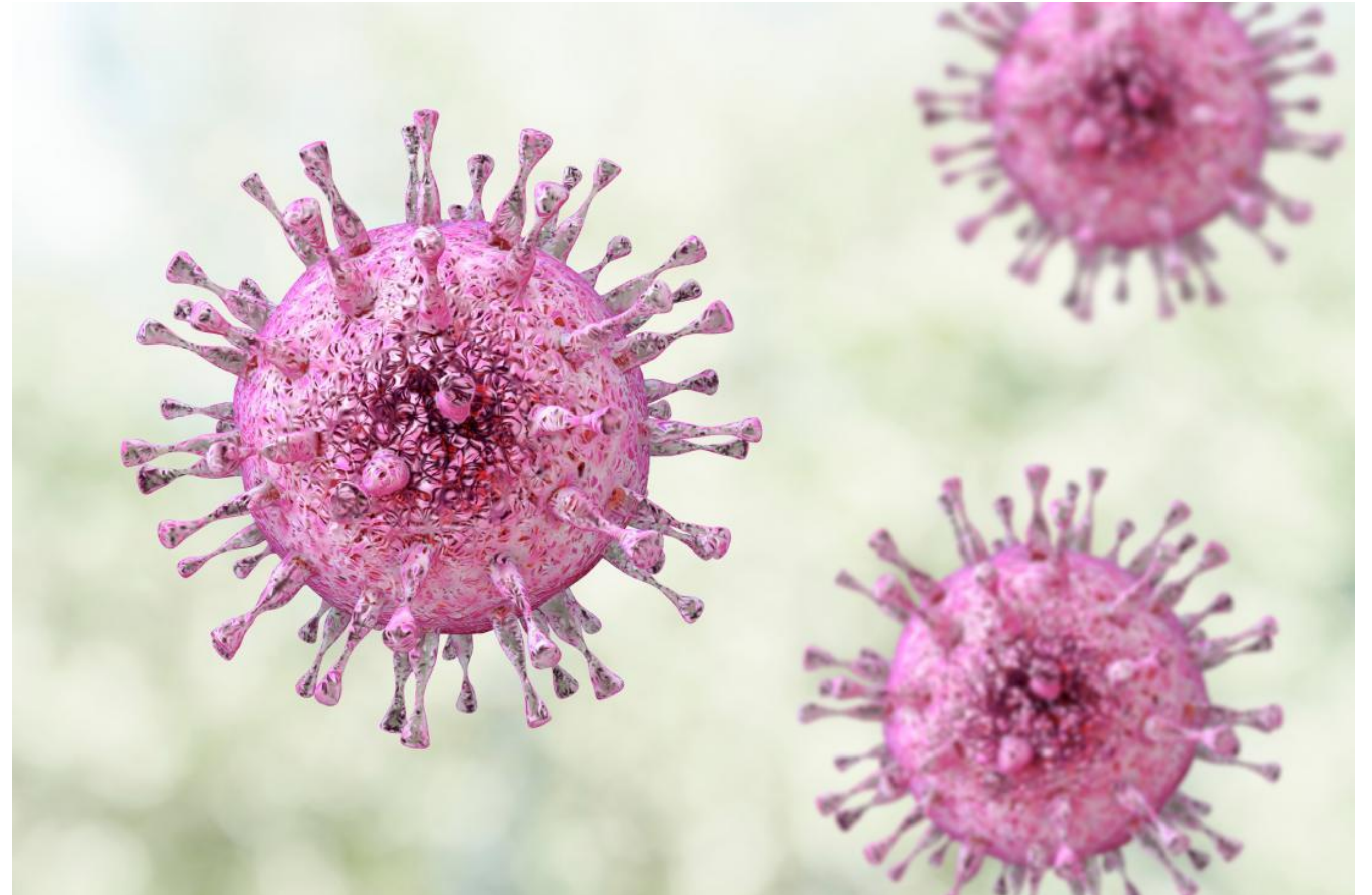
Immuno
compétent

VZV

CMV



Immuno
déprimé

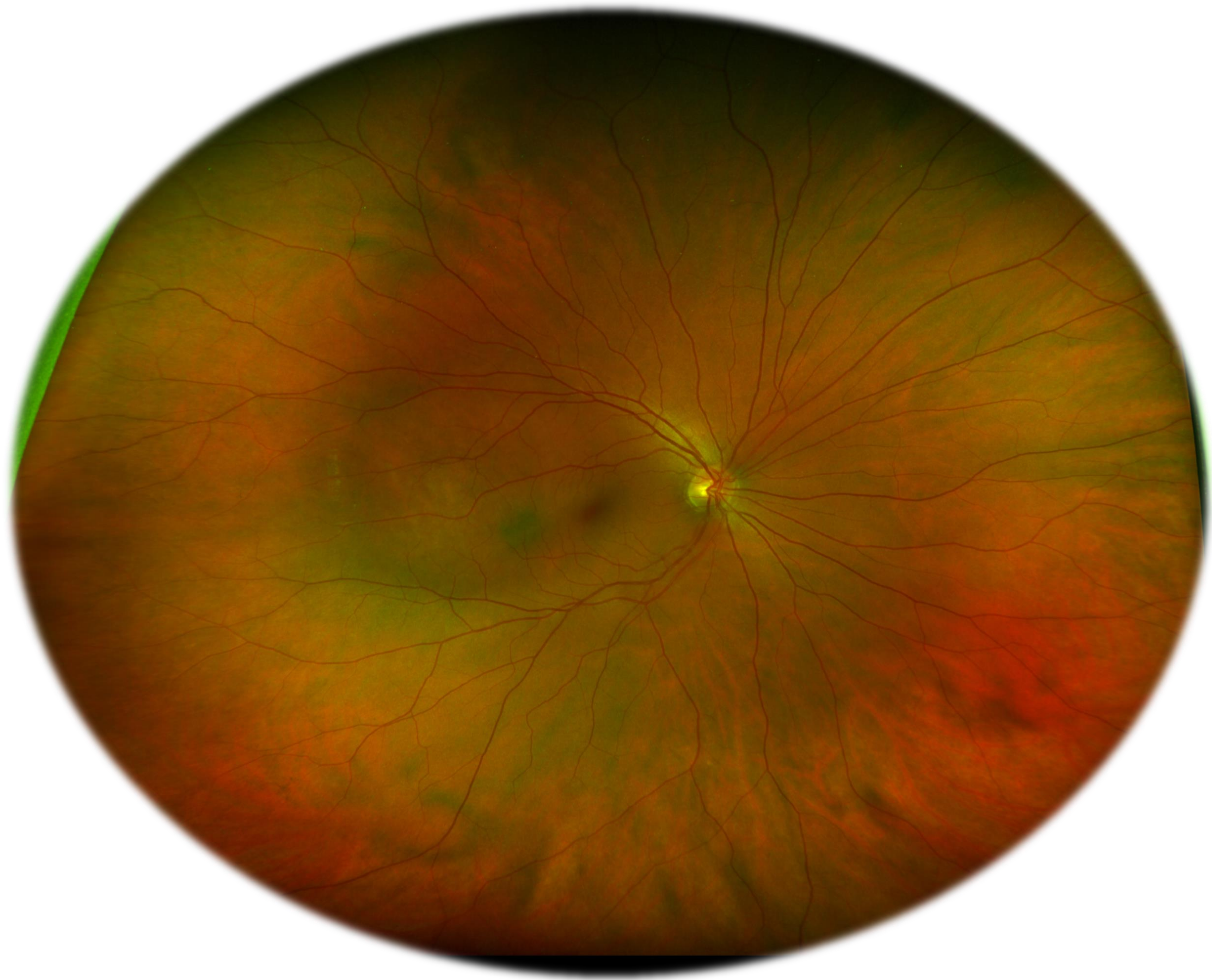


HIV : DÉPISTAGE de la RÉTINITE CMV – Cas clinique 1

M. G - 31 ans - CD 4 à 24 /mm³
Fond d'œil de dépistage

FOND d'OEIL : normal

Suivi mensuel si CD 4 < 100 mm³



HIV : DÉPISTAGE de la RÉTINITE CMV – Cas clinique 2

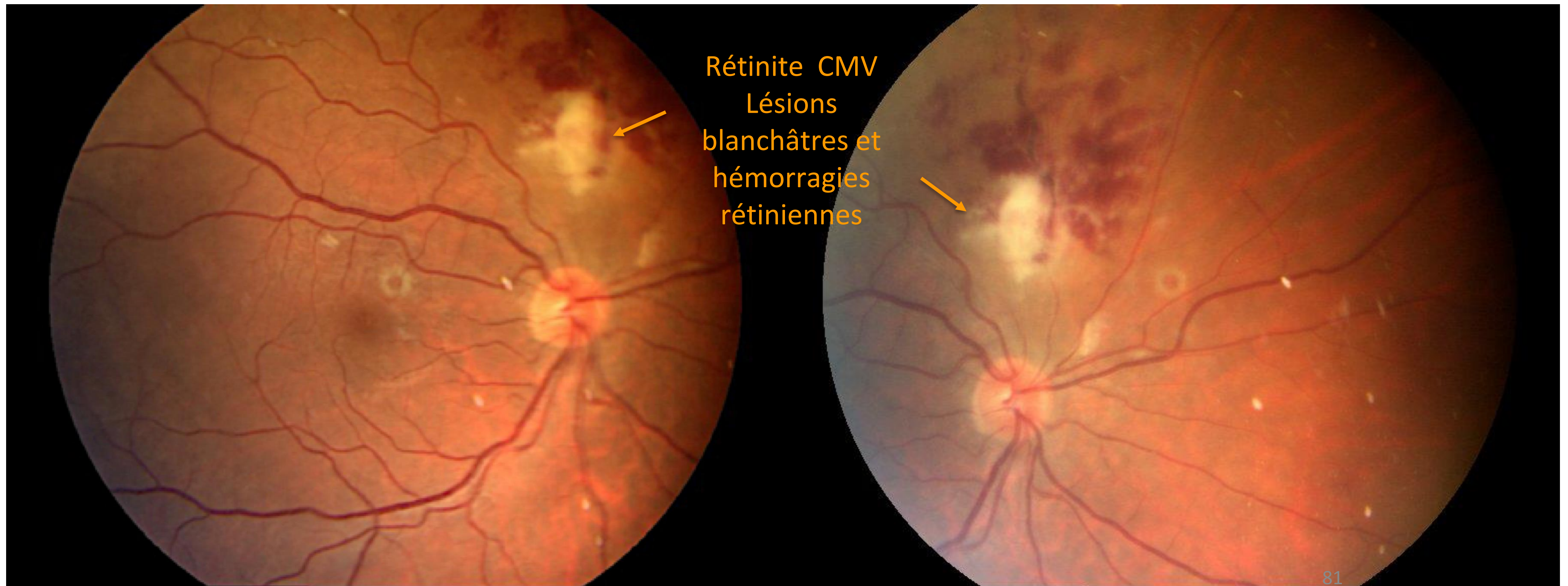
M. 56 ans - CD 4 57 /mm³
Pas de traitement anti rétroviral
Fond d'œil de dépistage



RÉTINITE CMV

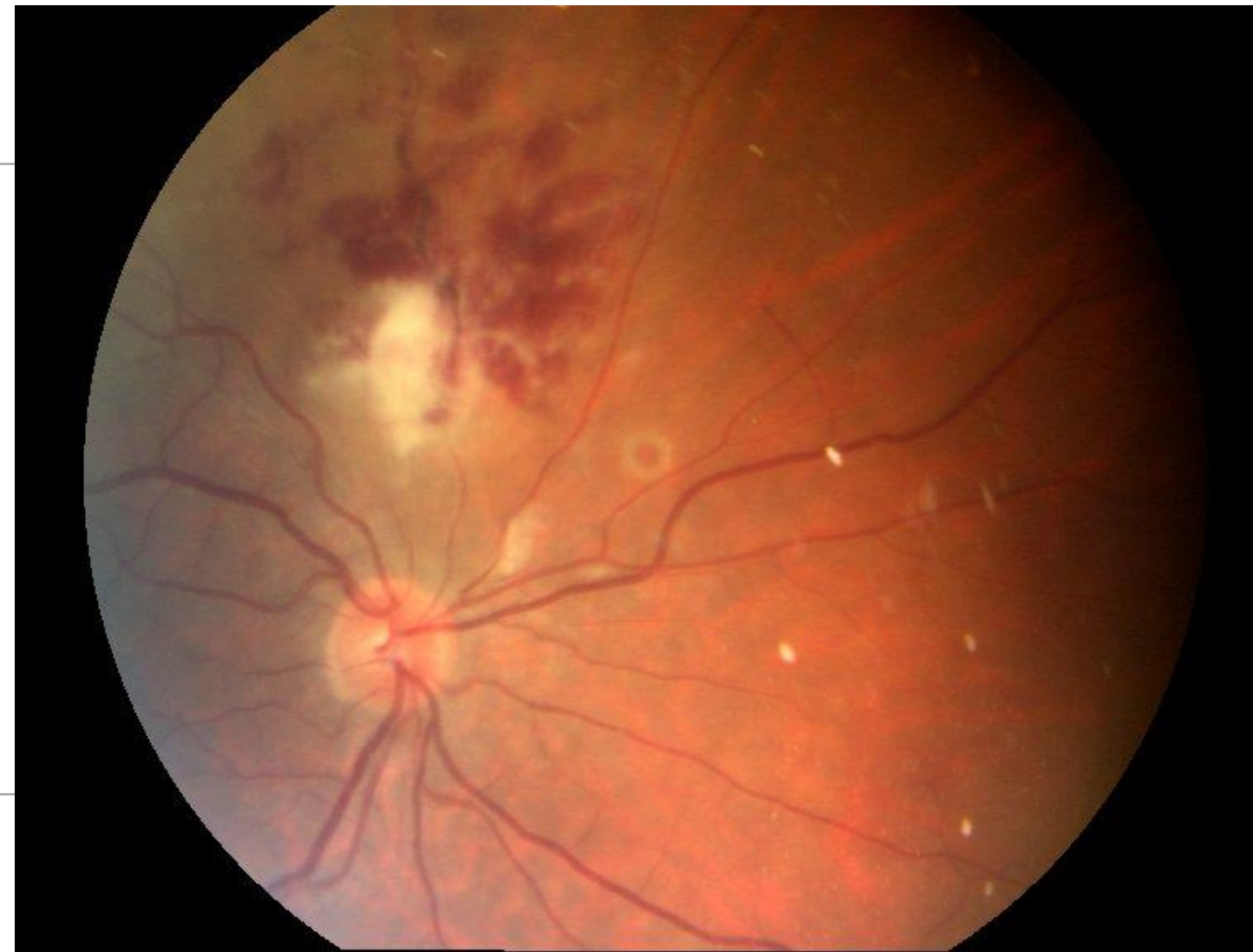


Preuve du diagnostic :
Prélèvement humeur aqueuse



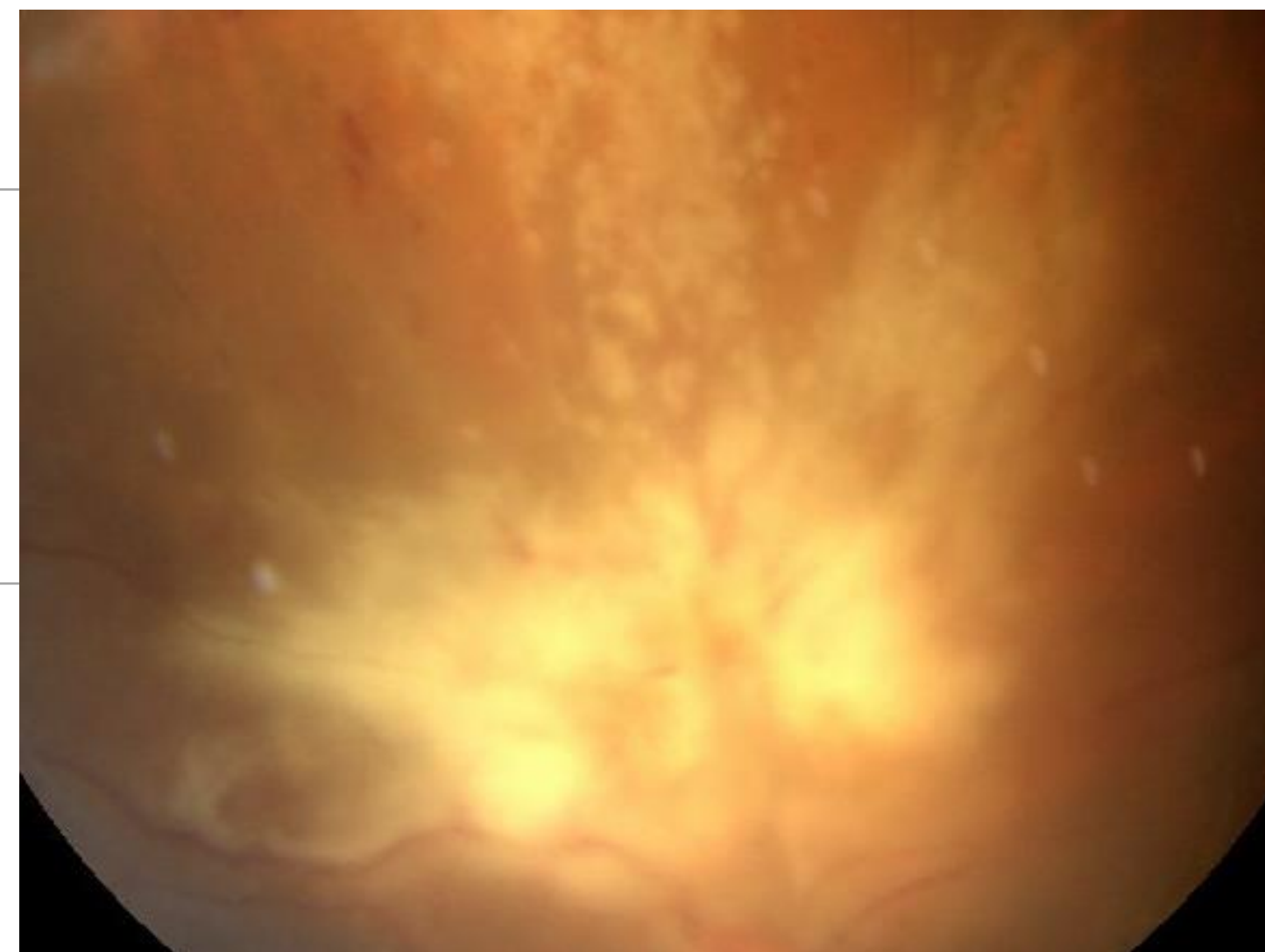
TT SYSTÉMIQUE :

- IV **GANCICLOVIR** (1ère intention)
- Puis oral **VALGANCICLOVIR**



Si aggravation :

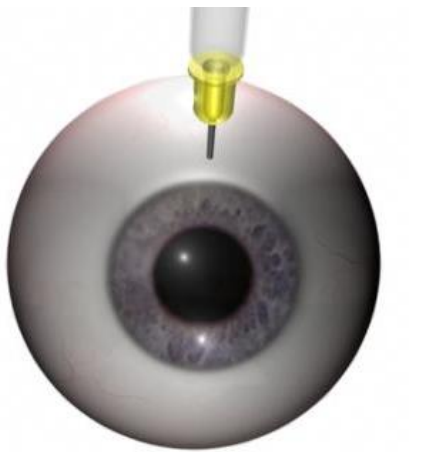
- **FOSCARNET**



TT LOCAL

Injection Intra Vitréenne
GANCICLOVIR 2 mg

- 1 par semaine pendant 2 à 3 semaines
- si atteinte menaçant la vision : 2 par semaines



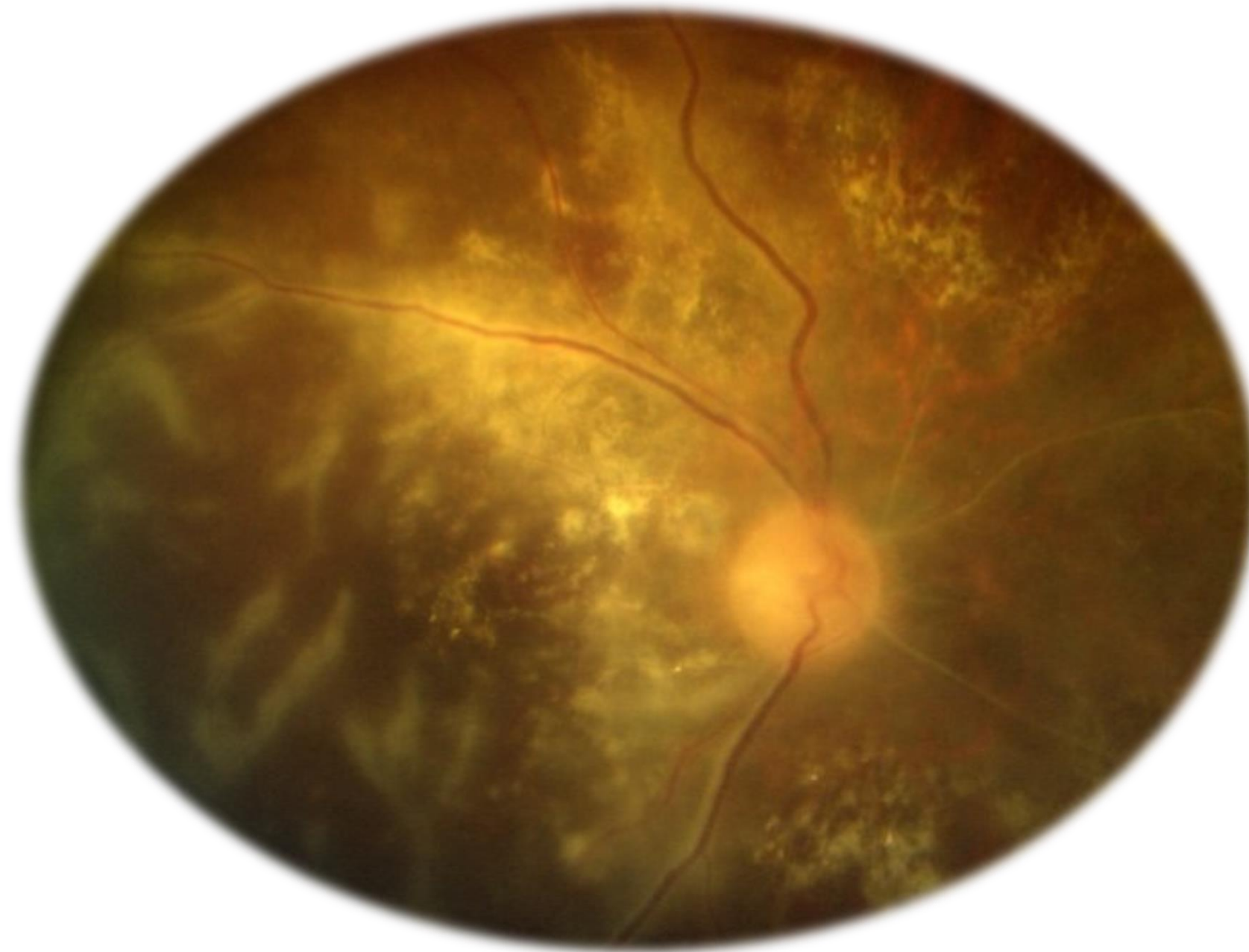
CMV retinitis screening and treatment in HIV patients in Malawi. Ociecek et al. Open forum infectious diseases 2019.



Message

DÉPISTAGE

Seule atteinte OPH entrant dans la définition du SIDA



QUAND ?

CD 4 < 100

POURQUOI ?

SÉVÈRE ... Parfois cécité
(nécrose rétinienne totale en 3 à 6 mois si non tt)

Jabs et al. Arch Ophthalmol 1989

Telemedicine screening for CMV retinitis at the point of care for Immunodeficiency virus infection. Jirawison C et al. Jama Ophthalmol 2015.

CMV retinitis screening and treatment in HIV patients in Malawi. Ociecek et al. Open forum infectious diseases 2019.

RÉTINITE CMV – Cas clinique



M. D - 37 ans – Fond d’œil en décembre 2001 : CD 4 : 10 - Décès en mai 2002

RETINITE CMV : patient au stade SIDA

CÉCITÉ

1986 SURVIE < 6 MOIS

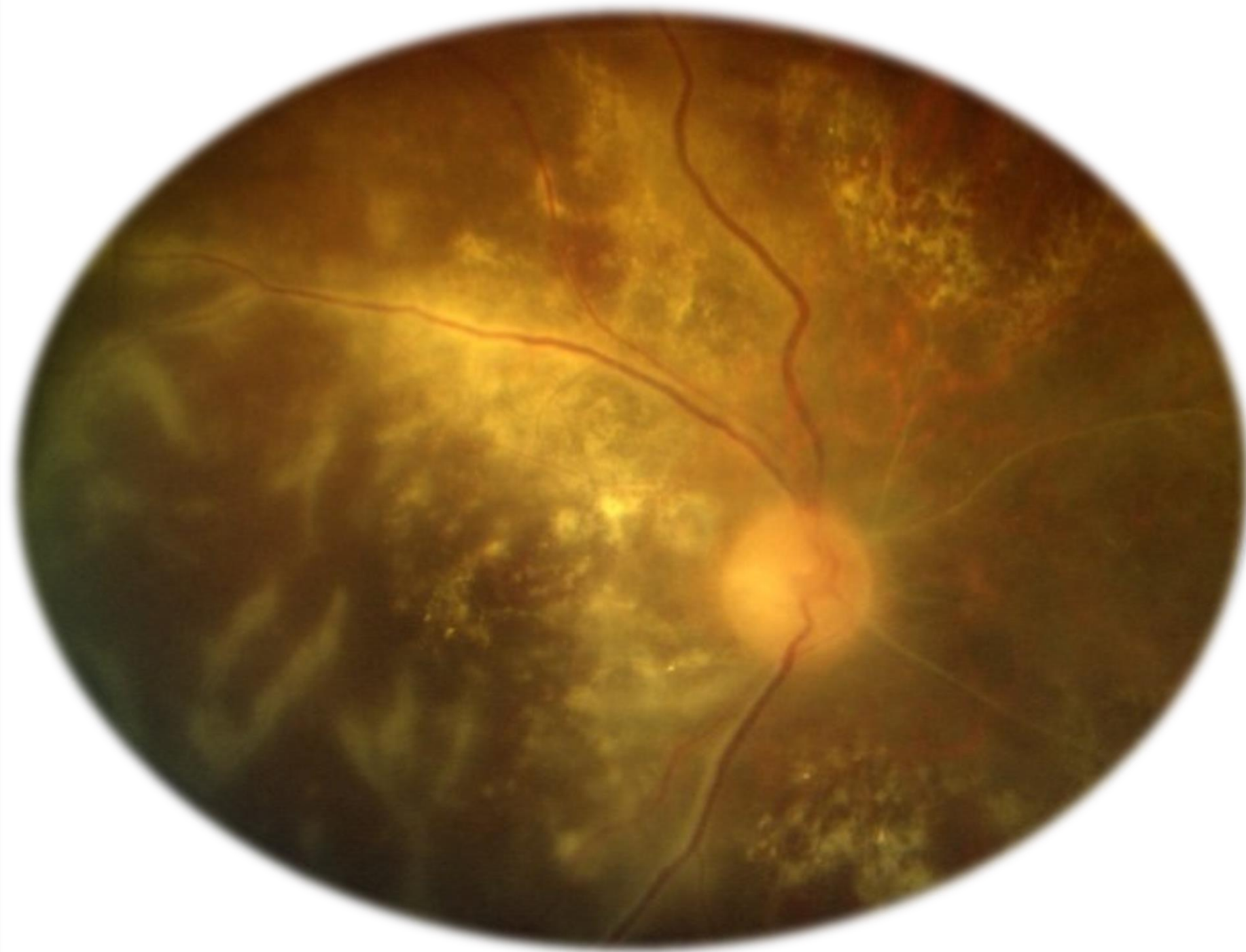
Message

RÉTINITE CMV

Seule atteinte OPH entrant dans la définition du SIDA

R
É
T
I
N
I
T
E

CMV



Dépistage :
QUAND ?

CD 4 < 100

POURQUOI ?

SÉVÈRE ... Parfois cécité
Nécrose rétinienne totale en 3 à 6 mois si non tt

FRÉQUENT ?

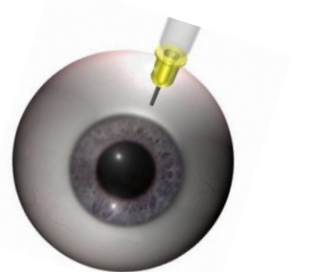
5 - 10 % - Avant HAART : 30 %

DIAGNOSTIC ?

Prélèvement humeur aqueuse

RÉTINITE
CMV

- **Anti viral par voie générale**
IV GANCICLOVIR - FOSCARNET -
ou oral VALGANCICLOVIR
- **+/- intra vitréenne GANCICLOVIR**



Rétinite CMV hors HIV

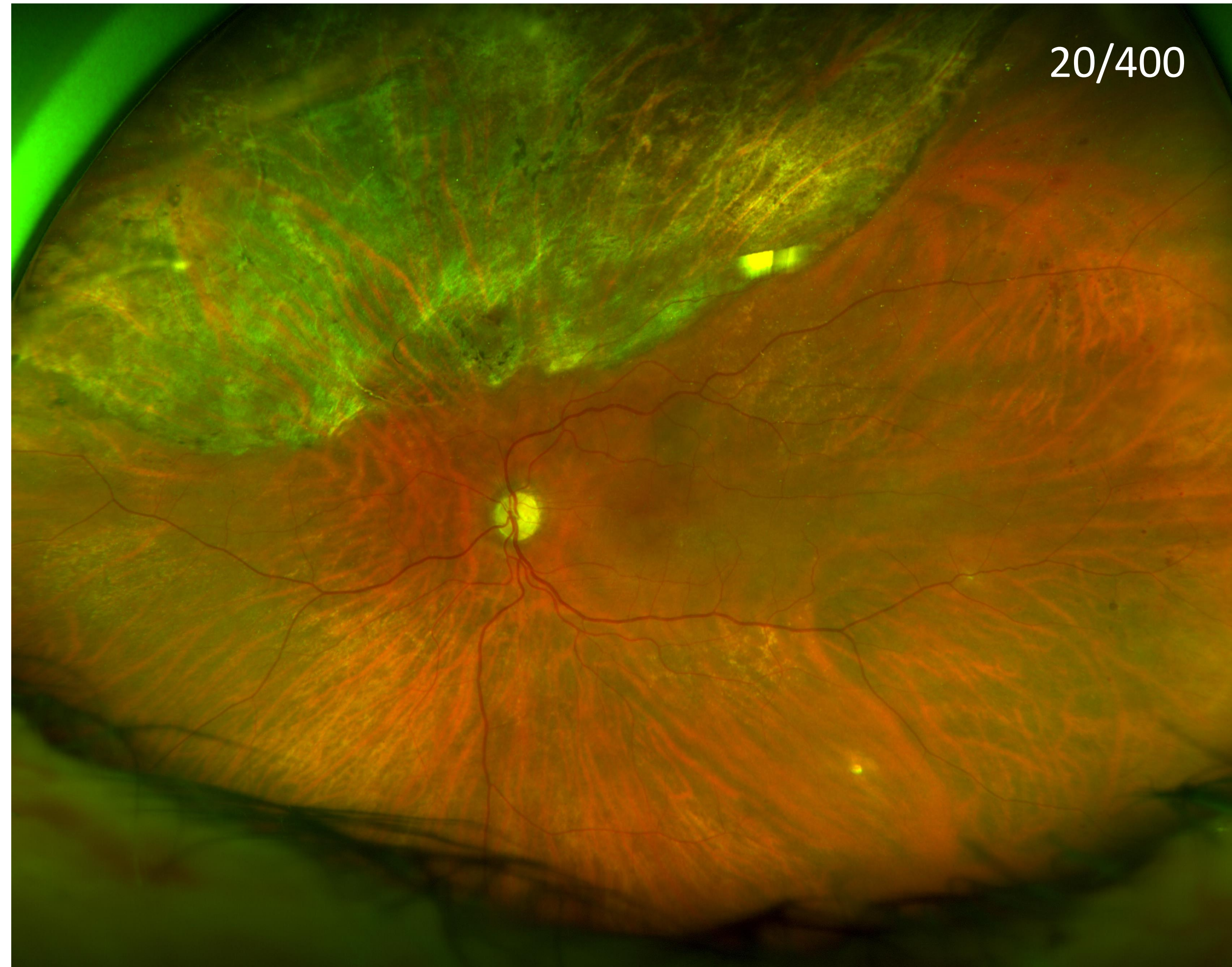
M D - 45 ans
LYMPHOME NON
HODGKINIEN
Baisse visuelle droite 2/10
Rétinite CMV



Rétinite CMV hors HIV

Mme C
Leucémie, allo greffe, GVH

Séquelles atrophiques : lésions rétiniennes et neuropathie à CMV

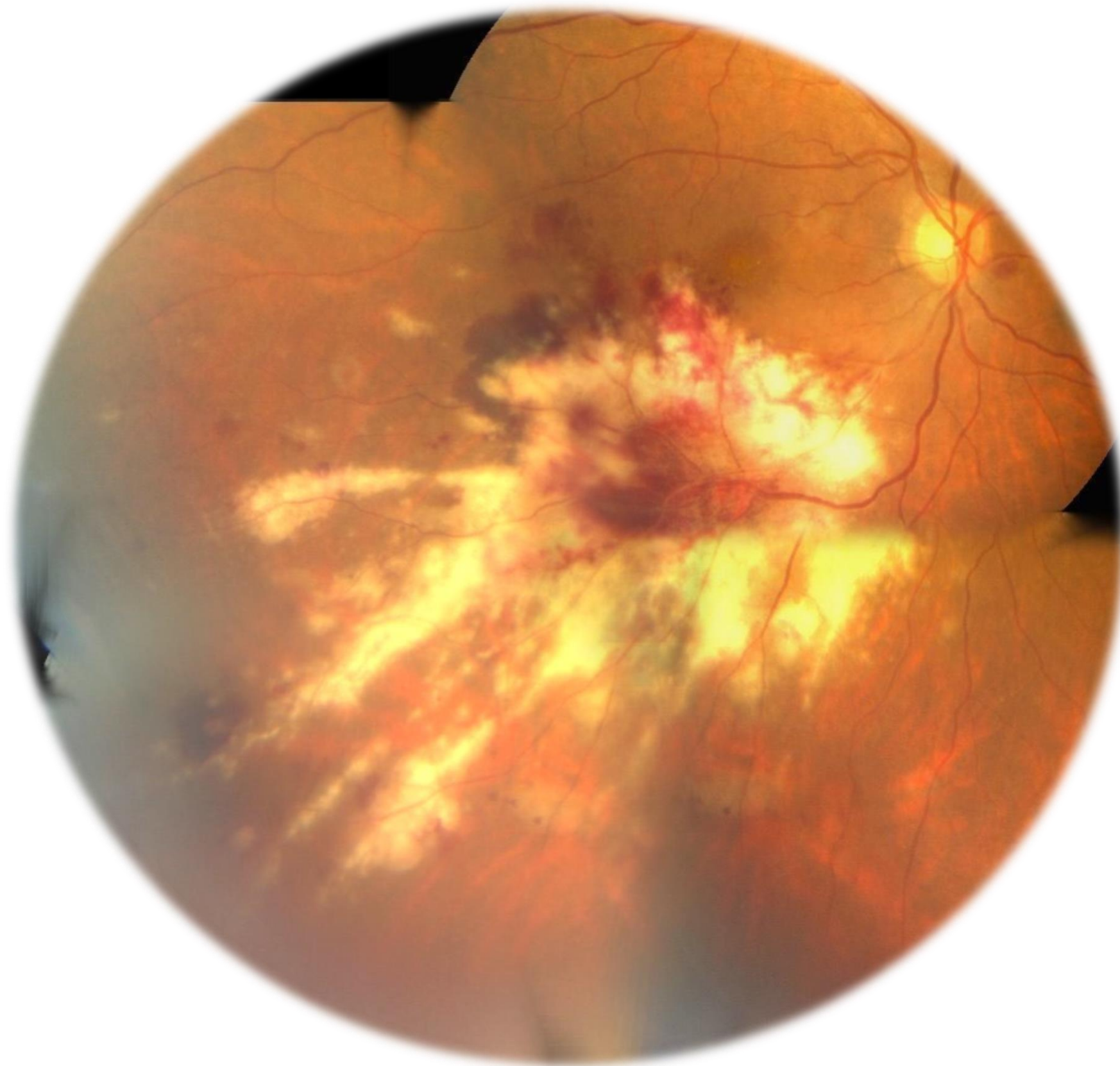


Message

Rétinite CMV hors HIV : plus fréquente

R
É
T
I
N
I
T
E

CMV

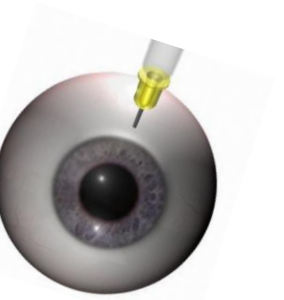


Diagnostic virologique

Prélèvement d'humeur aqueuse

Traitement

- Anti viral par voie générale
IV GANCICLOVIR - FOSCARNET -
ou oral VALGANCICLOVIR
- +/- intra vitréenne GANCICLOVIR



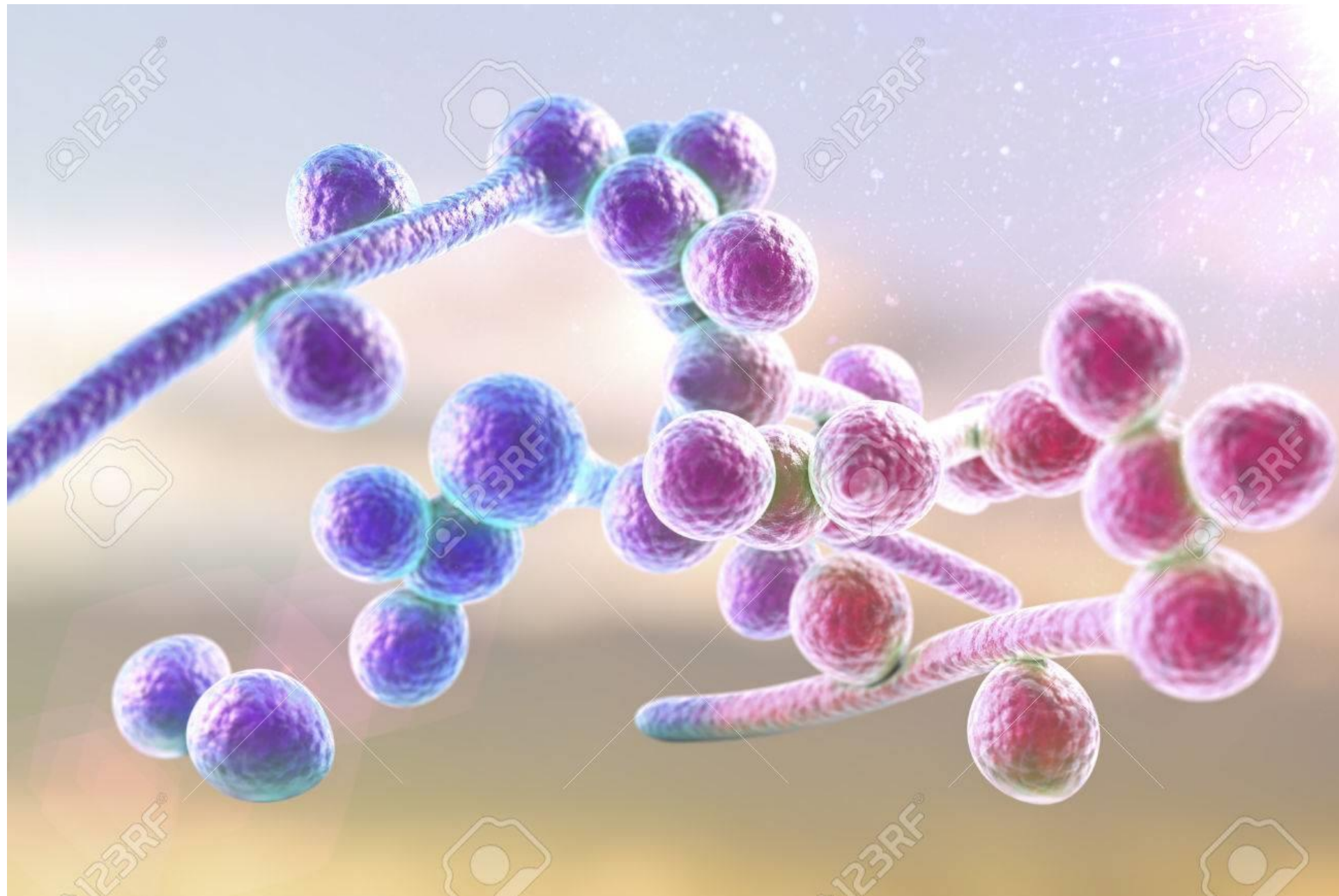
PARASITES

BACTÉRIES

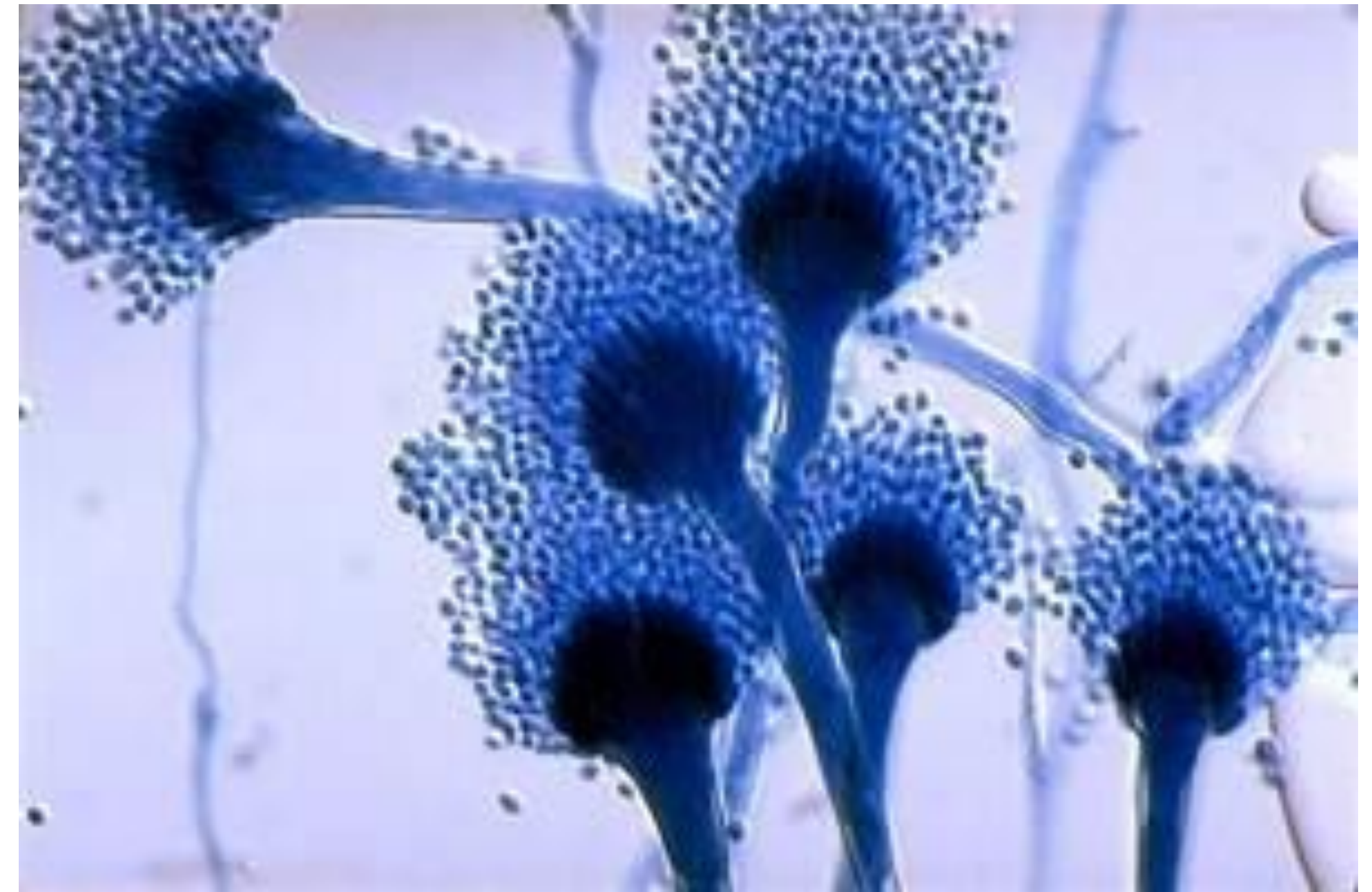
VIRUS

CHAMPIGNONS

Candidose



Aspergillose

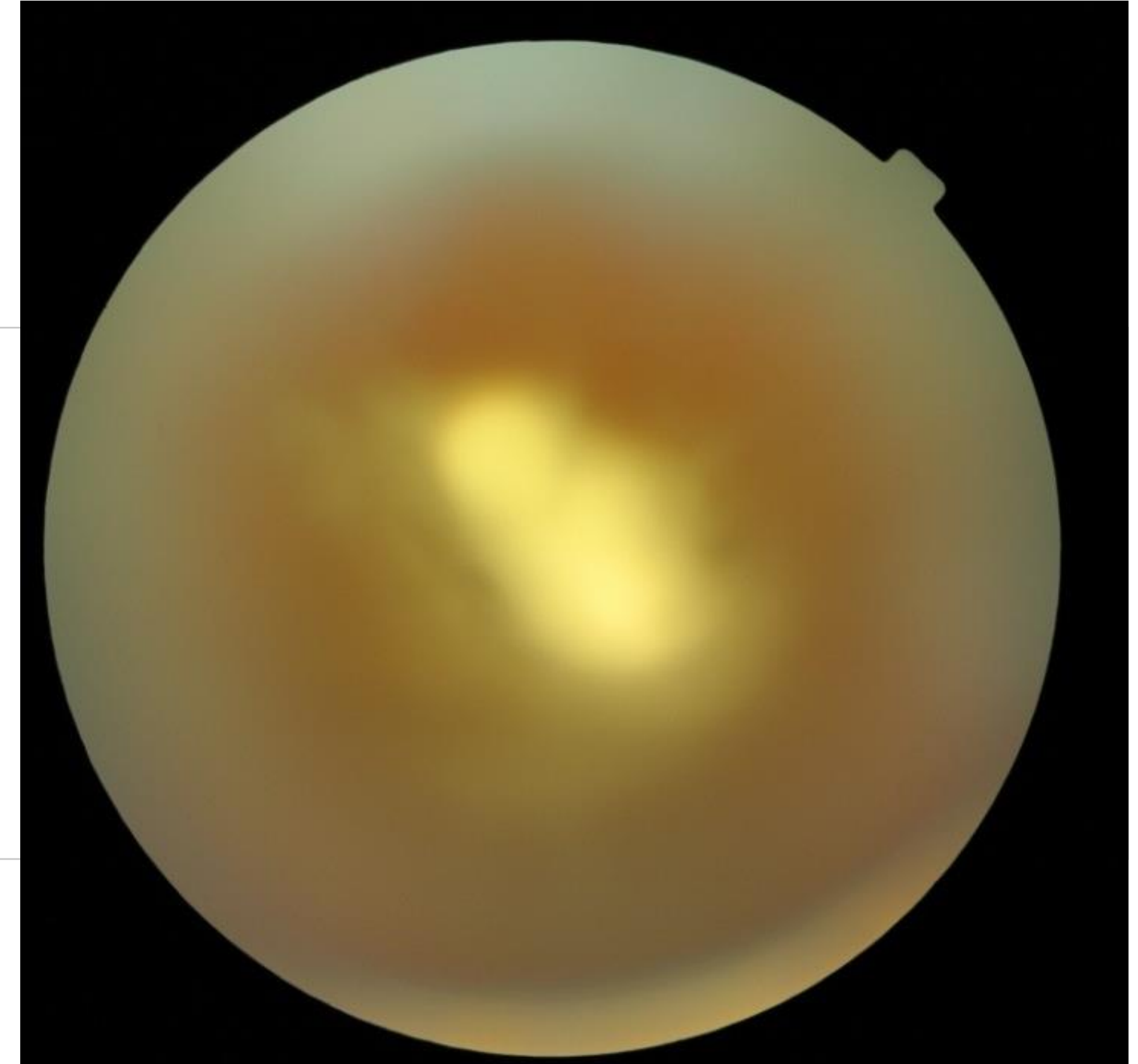
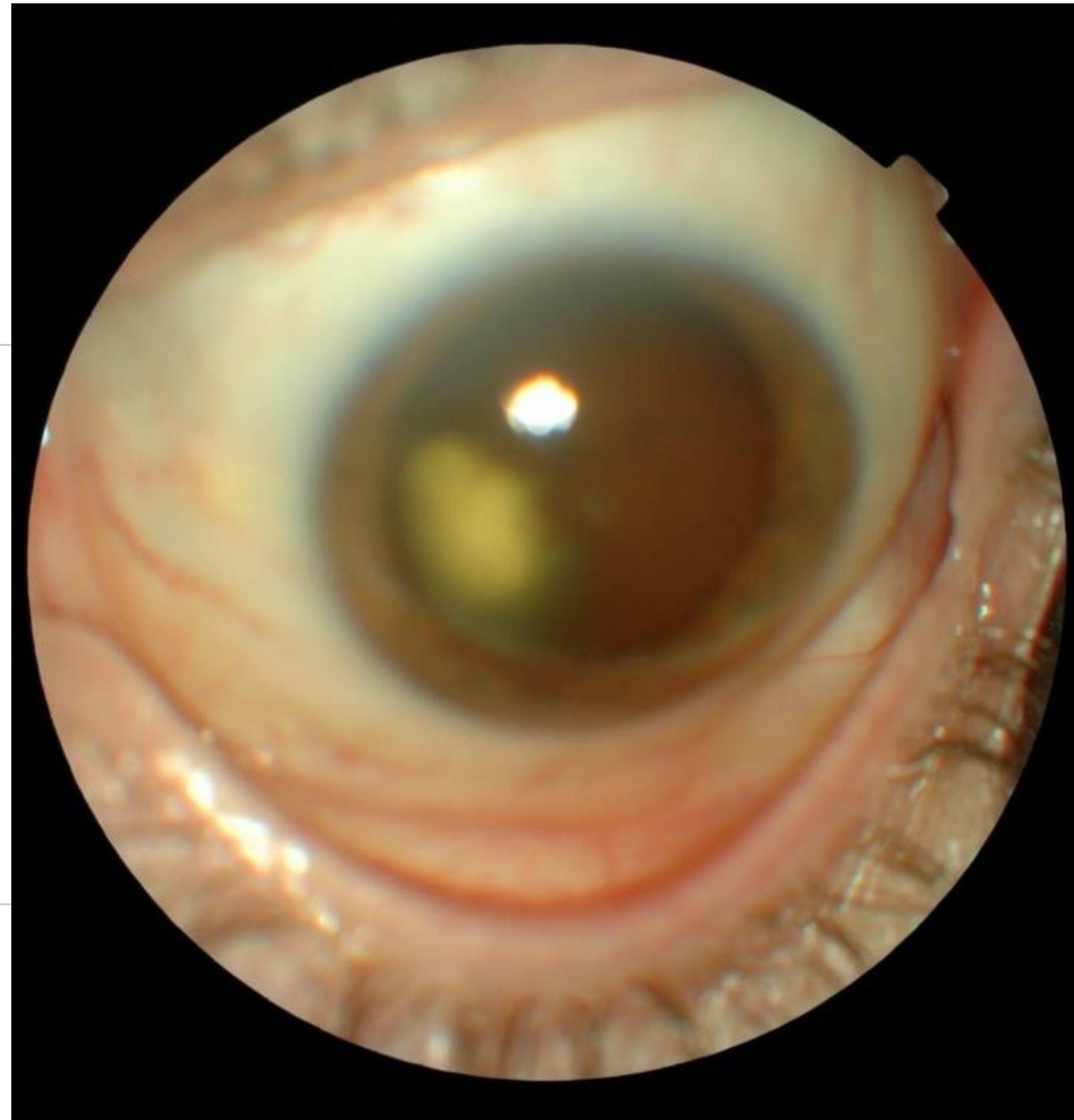


Endophtalmie endogène

Histoire typique :

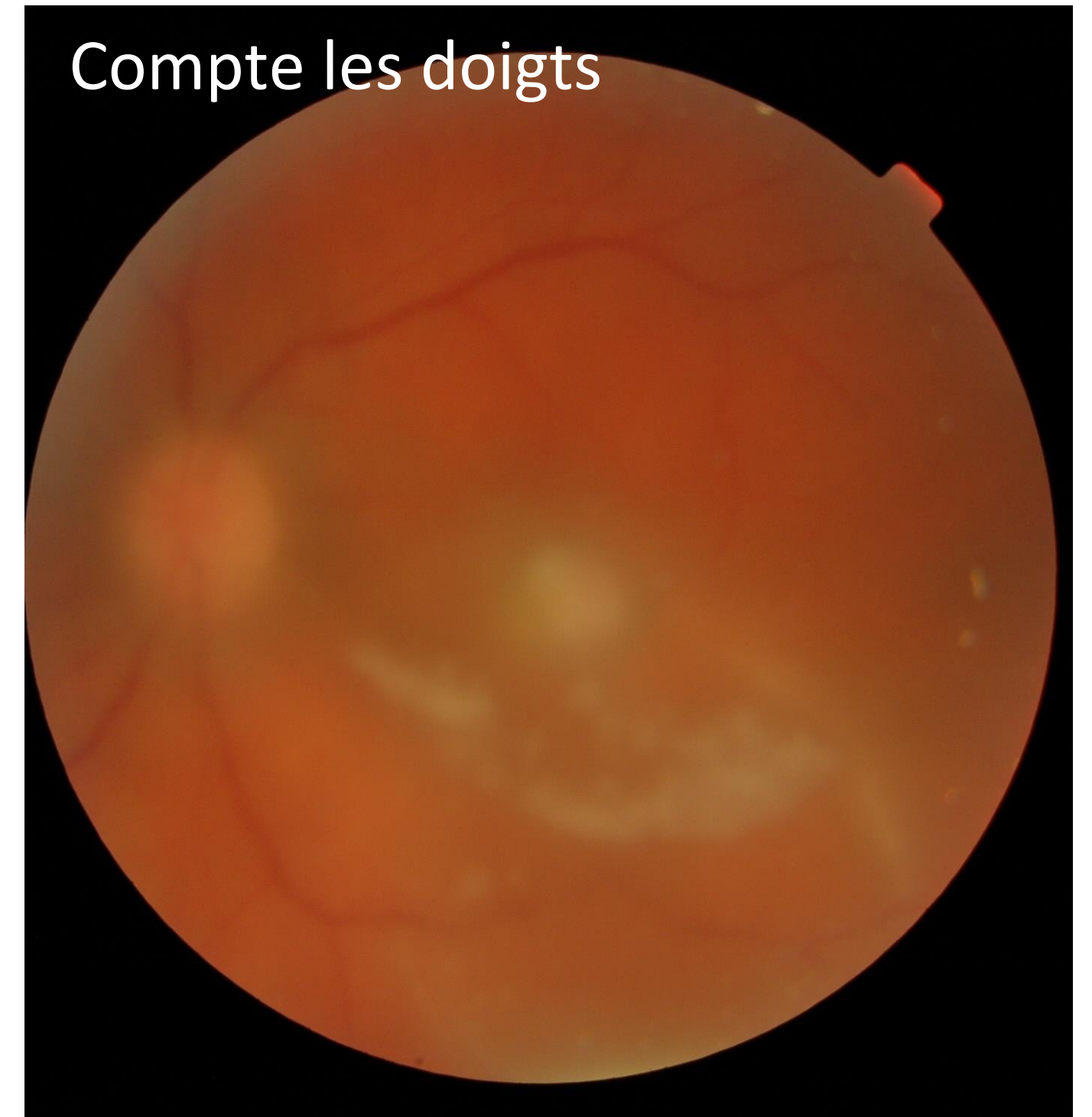
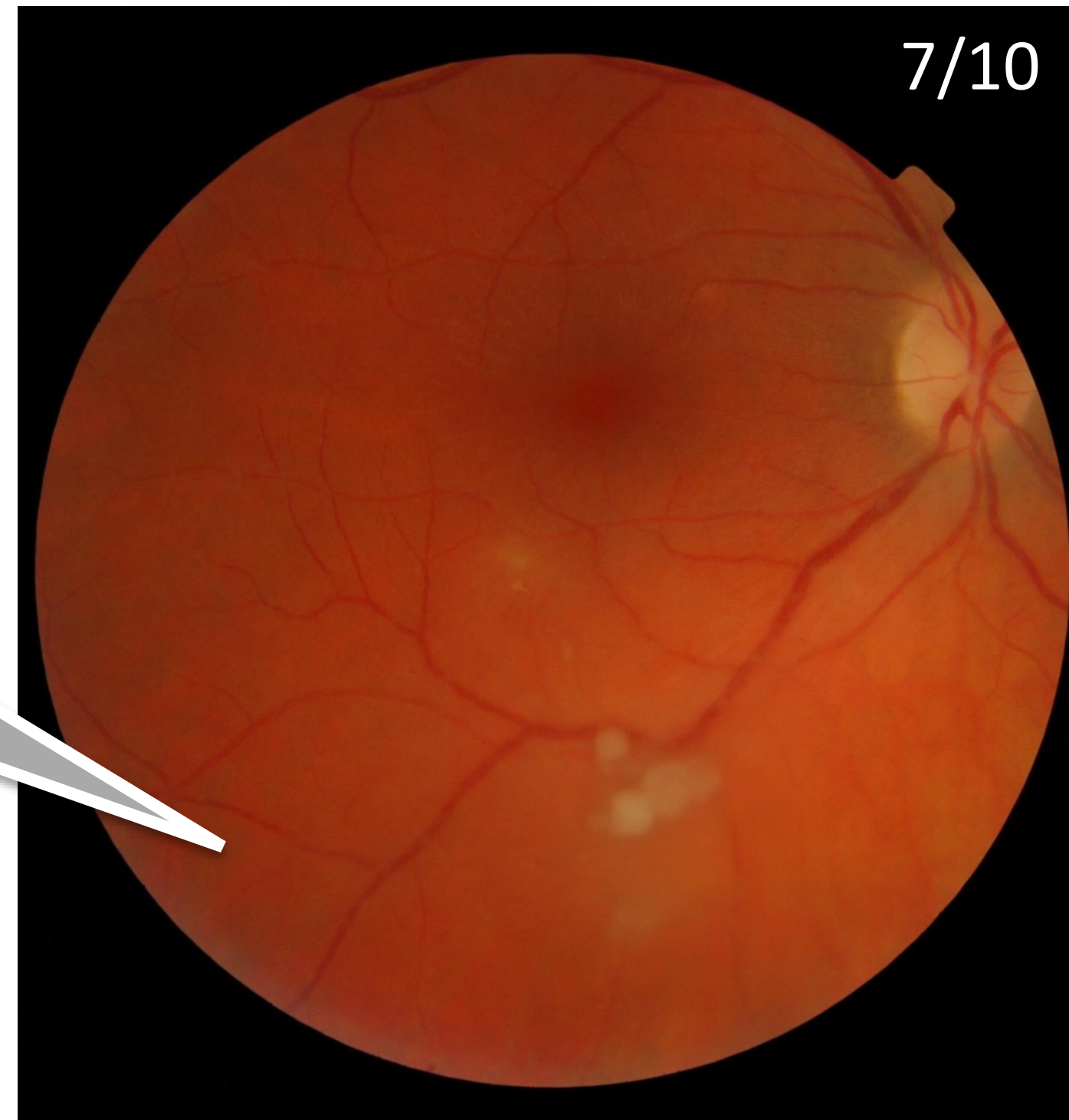
Toxicomanie intra veineuse

Parfois : septicémie fongique



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

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

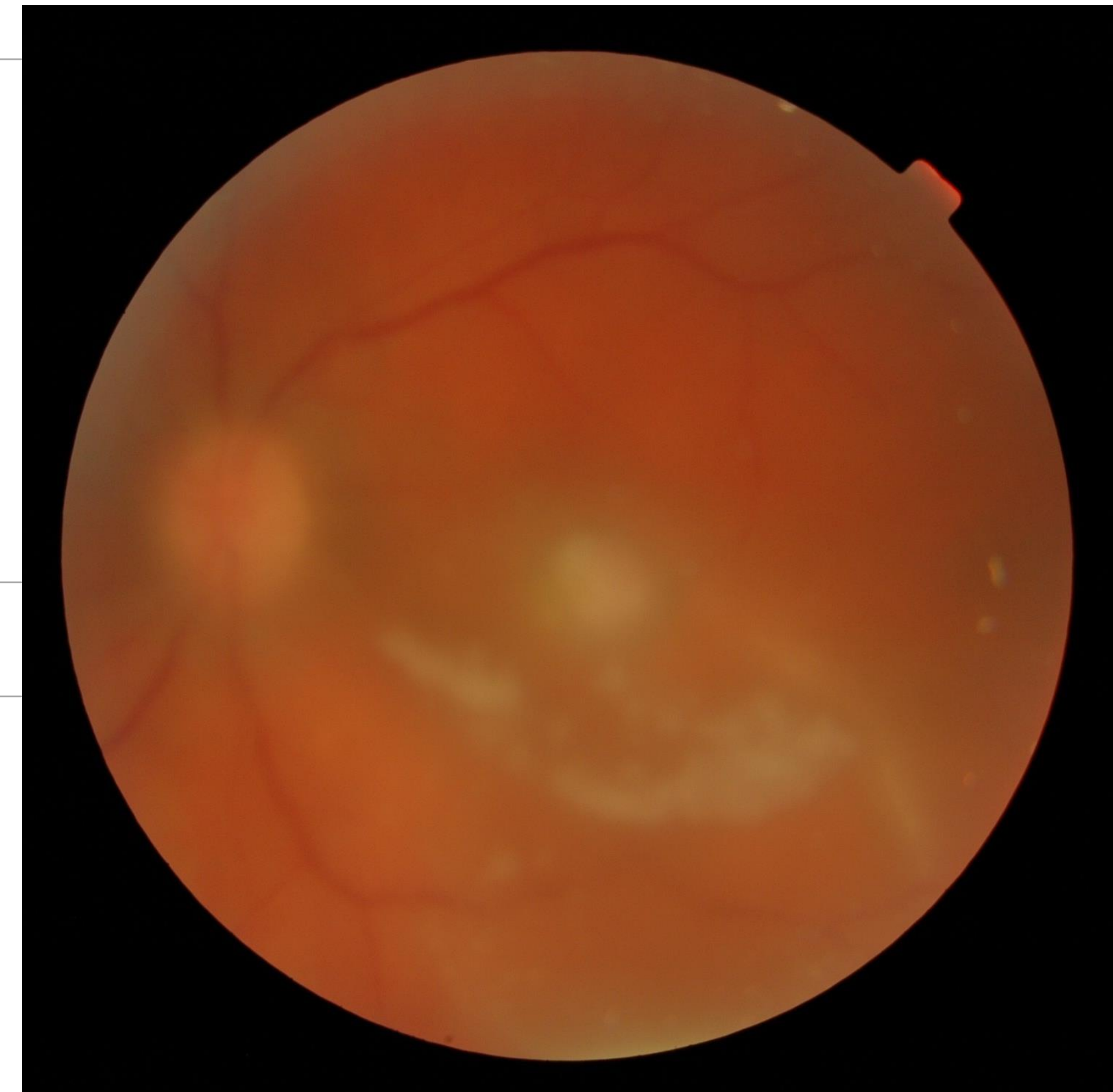
VORICONAZOLE

Concentration intra oculaire
70 % des taux plasmatiques

4 - TRAITEMENT LOCAL

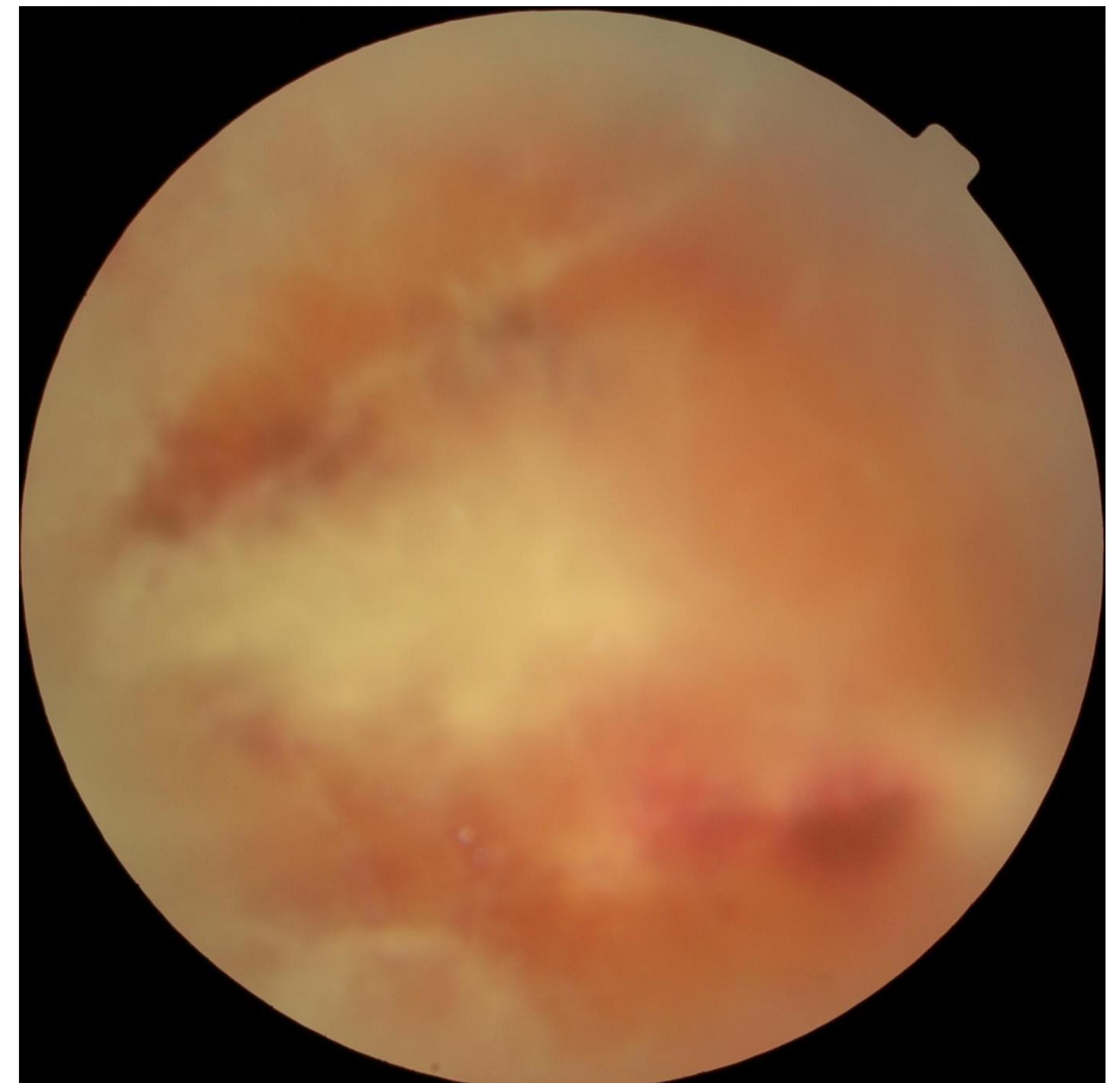
Injections intra vitréennes
d'AMPHO B ou VORICONAZOLE

Vitrectomie



ENDOPHTALMIE à ... – Cas clinique

Mlle C – 23 ans
Baisse visuelle de
l'œil droit 2/10



ATCD :

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

Traitements :

- Immunosuppresseurs
- Corticoïde
- Antibiotique

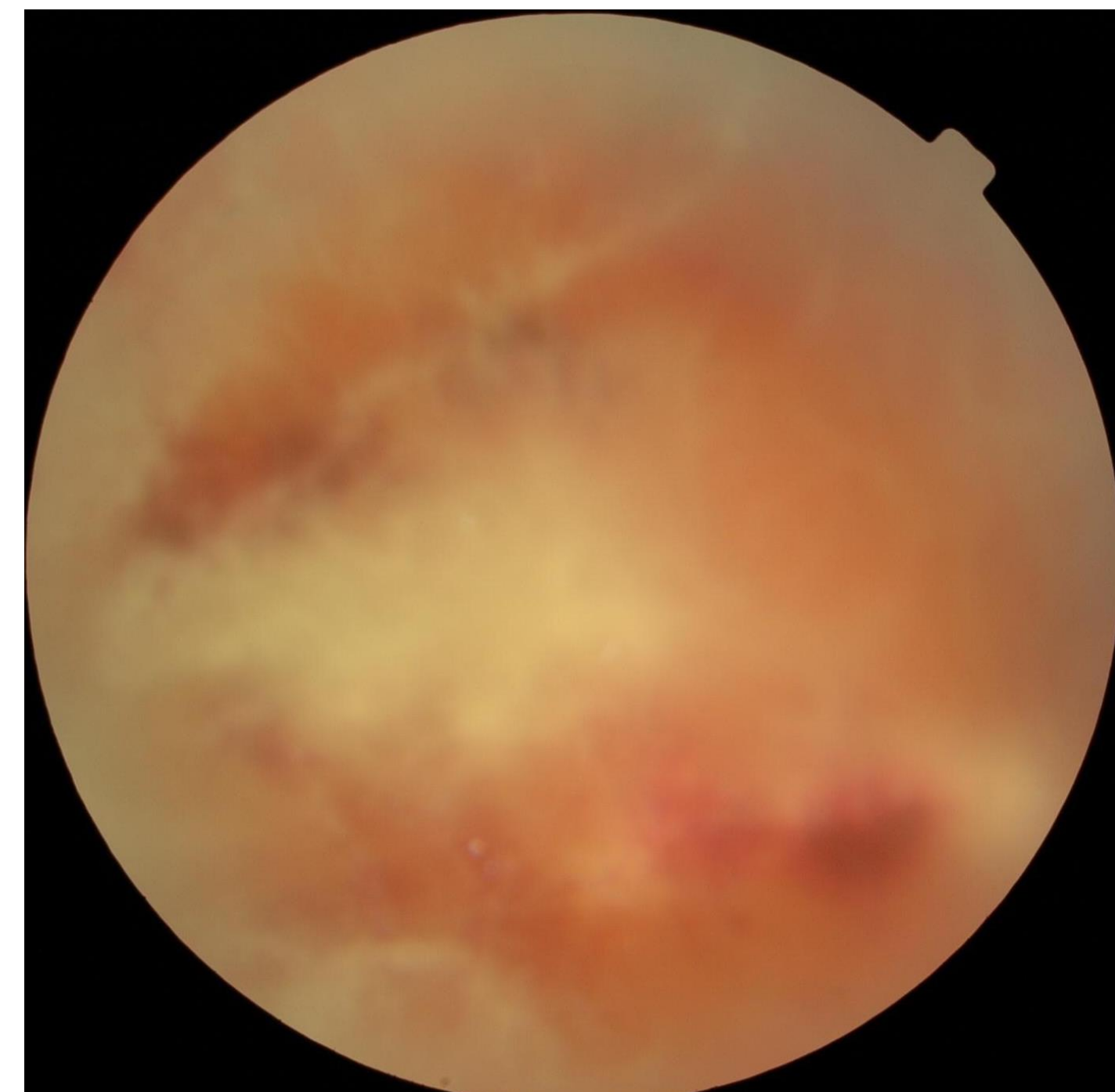
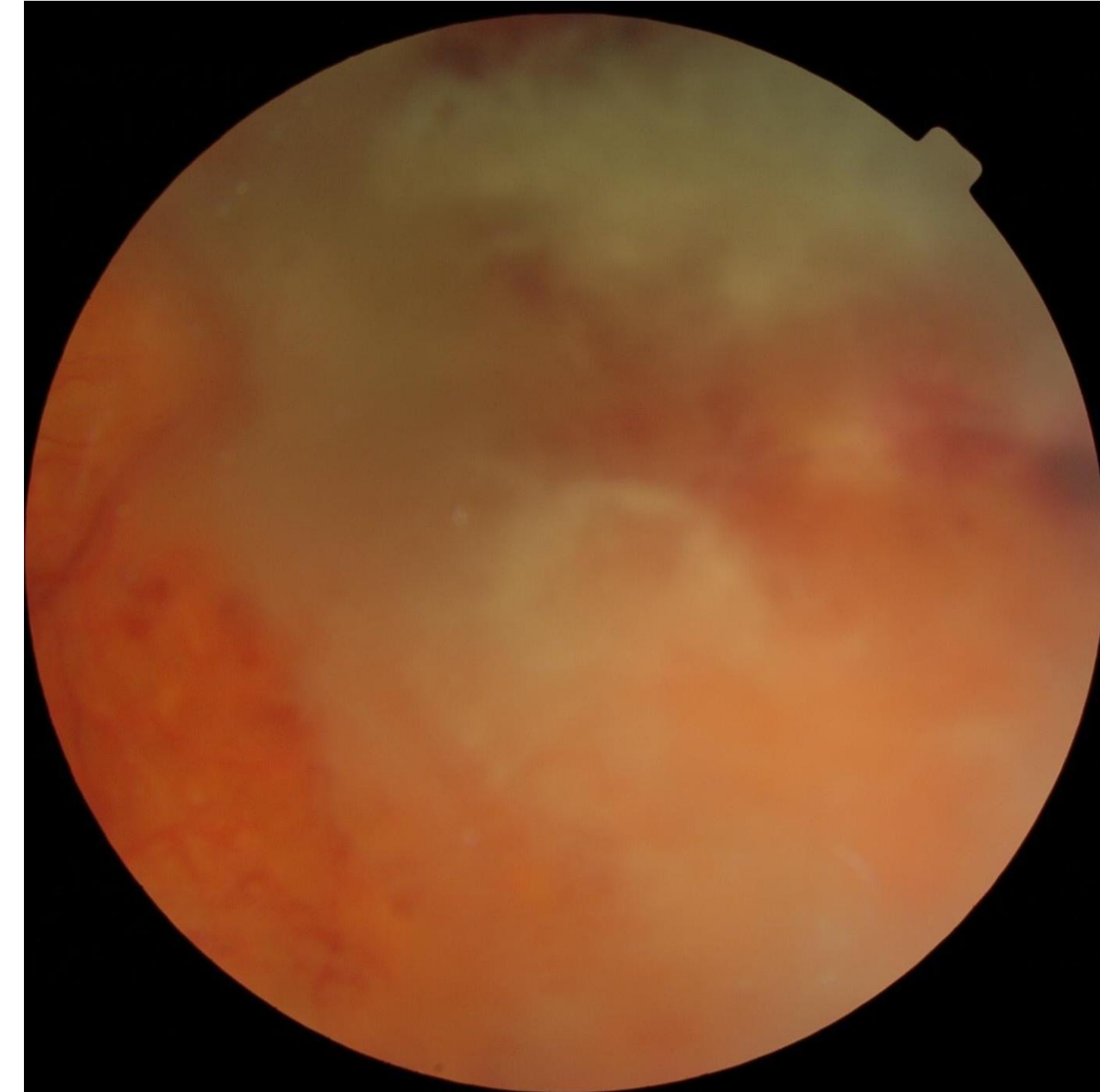
Mycophenolate Mofetil (CELLCEPT)
Tacrolimus (MODIGRAF)

Prednisone (CORTANCYL) 5 mg/j

Cotrimoxazole (BACTRIM fort)
1 cp x 3/sem

Prélèvement humeur aqueuse

- **Aspergillus**

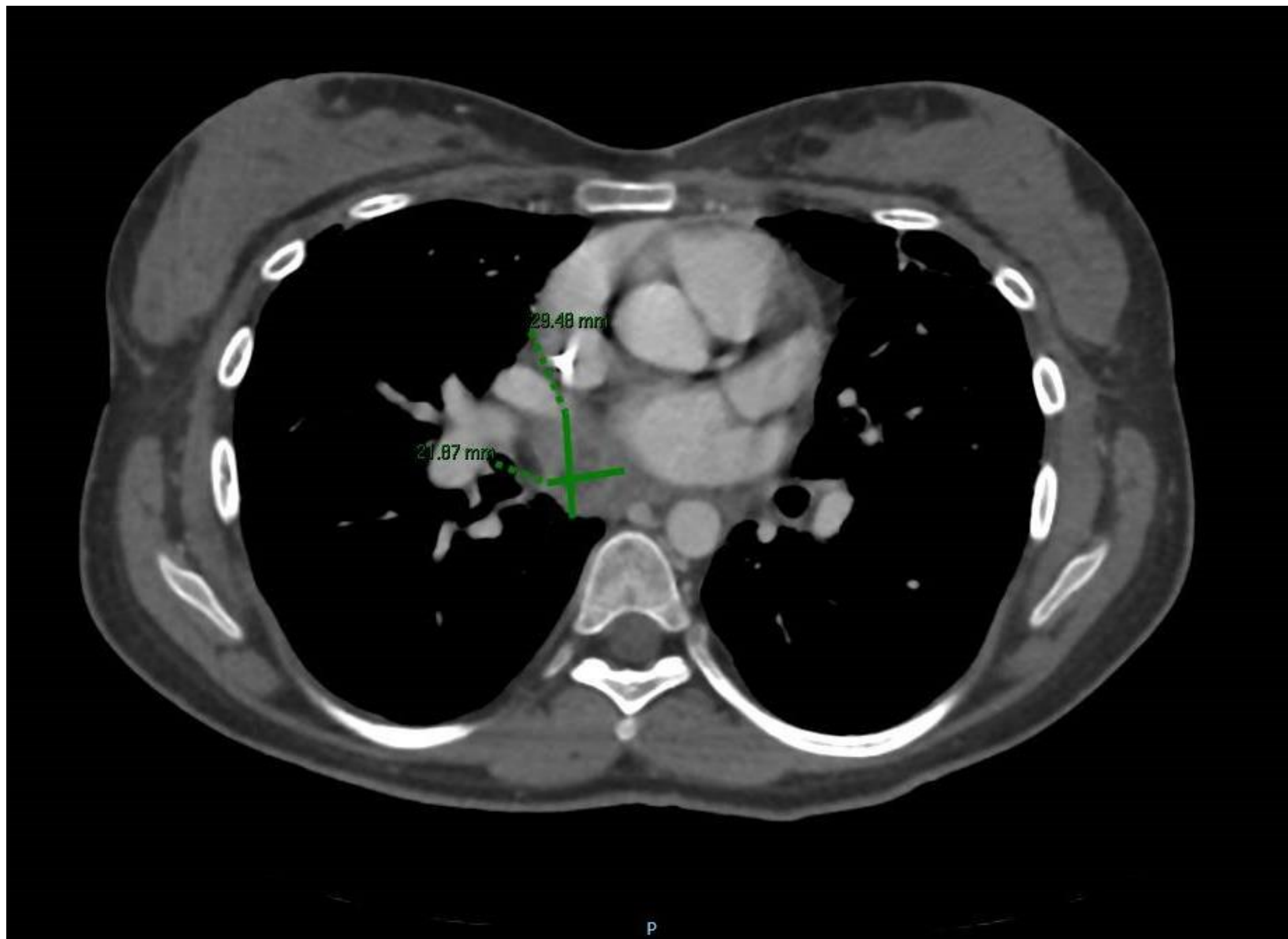


Endophtalmie endogène à aspergillus

Antigénémie aspergillaire : négative

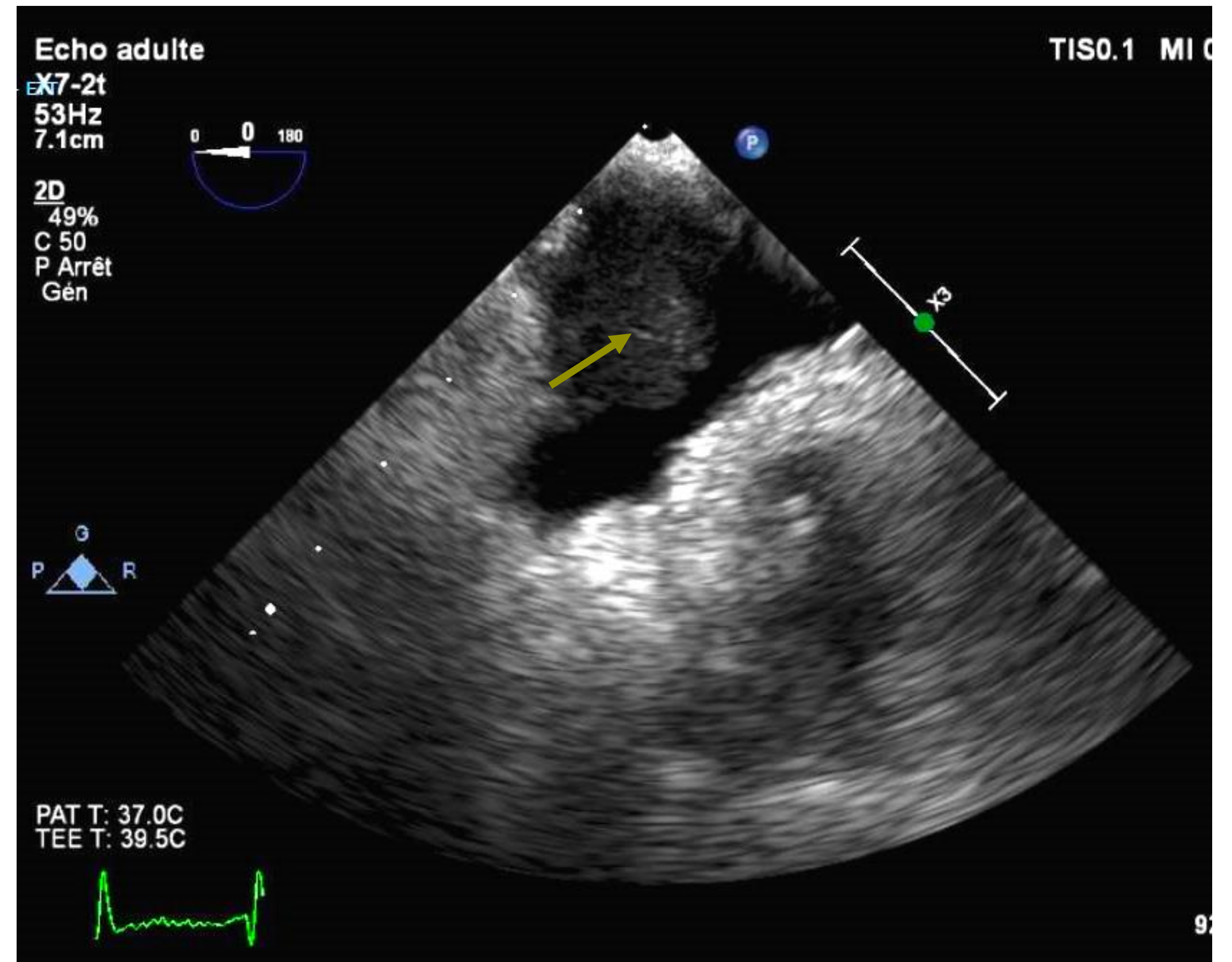
Scanner thoracique

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



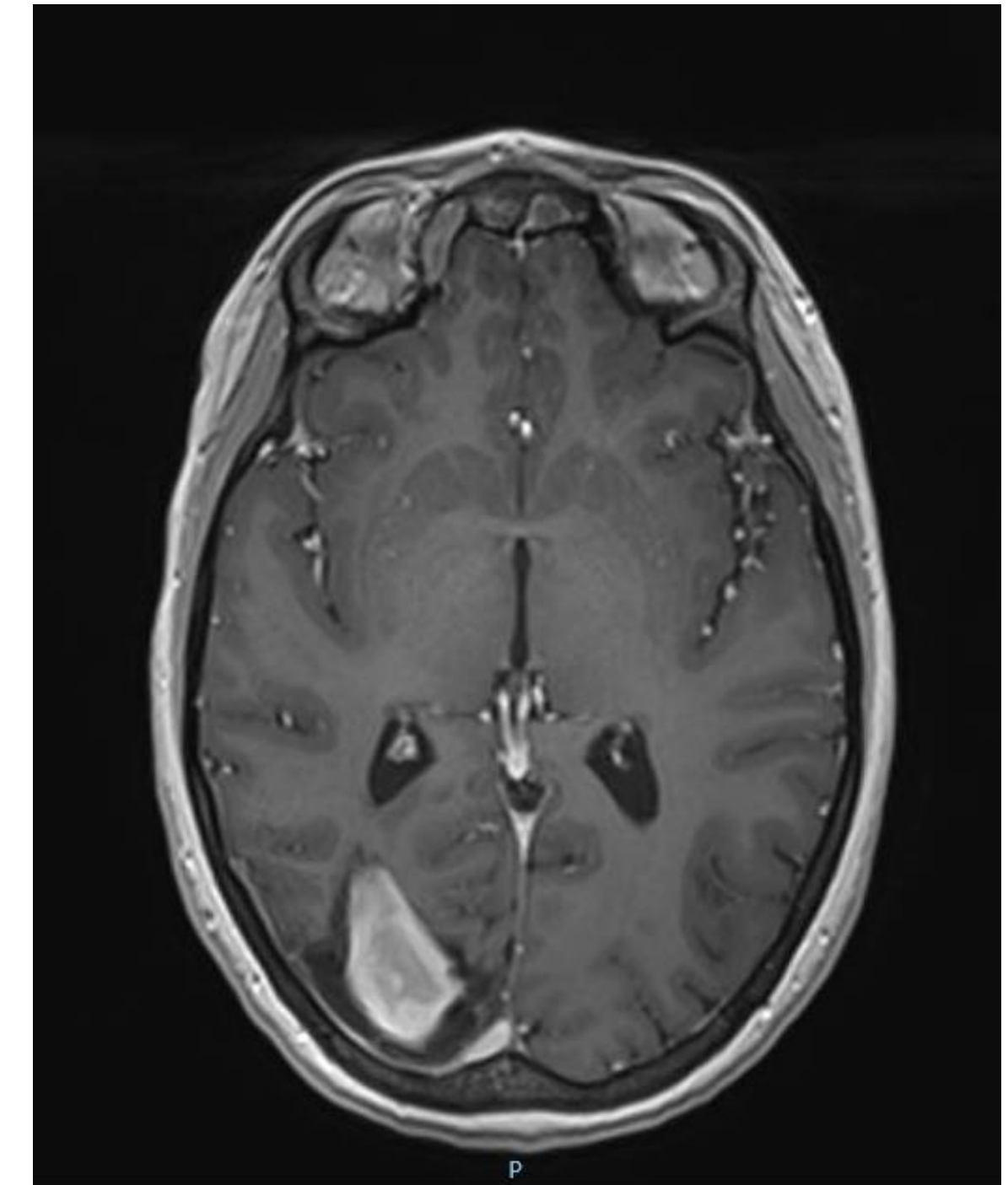
Écho coeur transoesophagienne

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



Prise en charge sur le plan général :

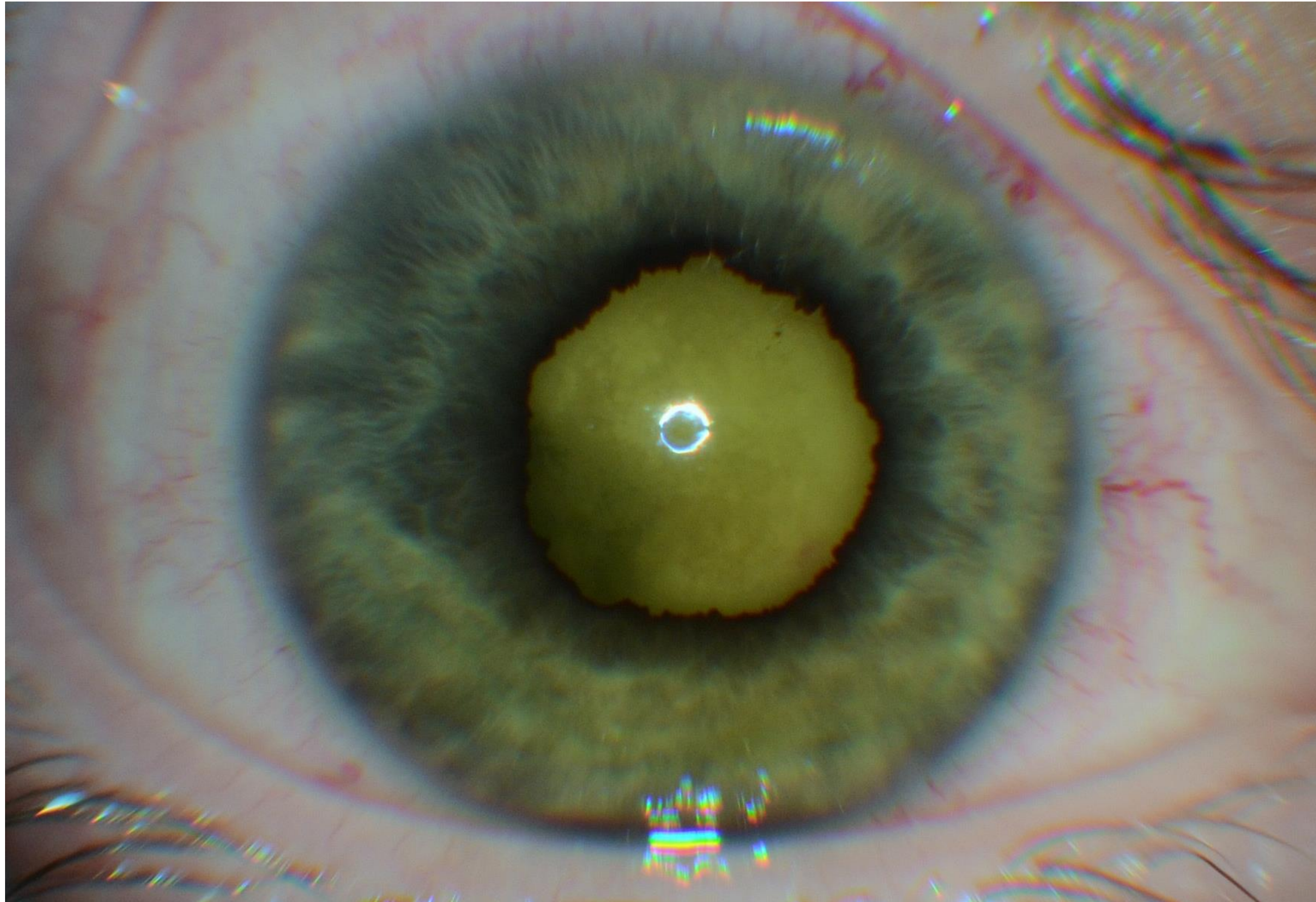
- Anti fongiques :
VORICONAZOLE + CASPOFUNGIN
- Chirurgie cardiaque évoquée mais non retenue. Risques :
 - Essaimage,
 - Hémorragie cérébrale (*AVC en déc 2016*)



Prise en charge ophtalmologique :

- Anti fongiques intra vitréens
- Anti inflammatoires locaux

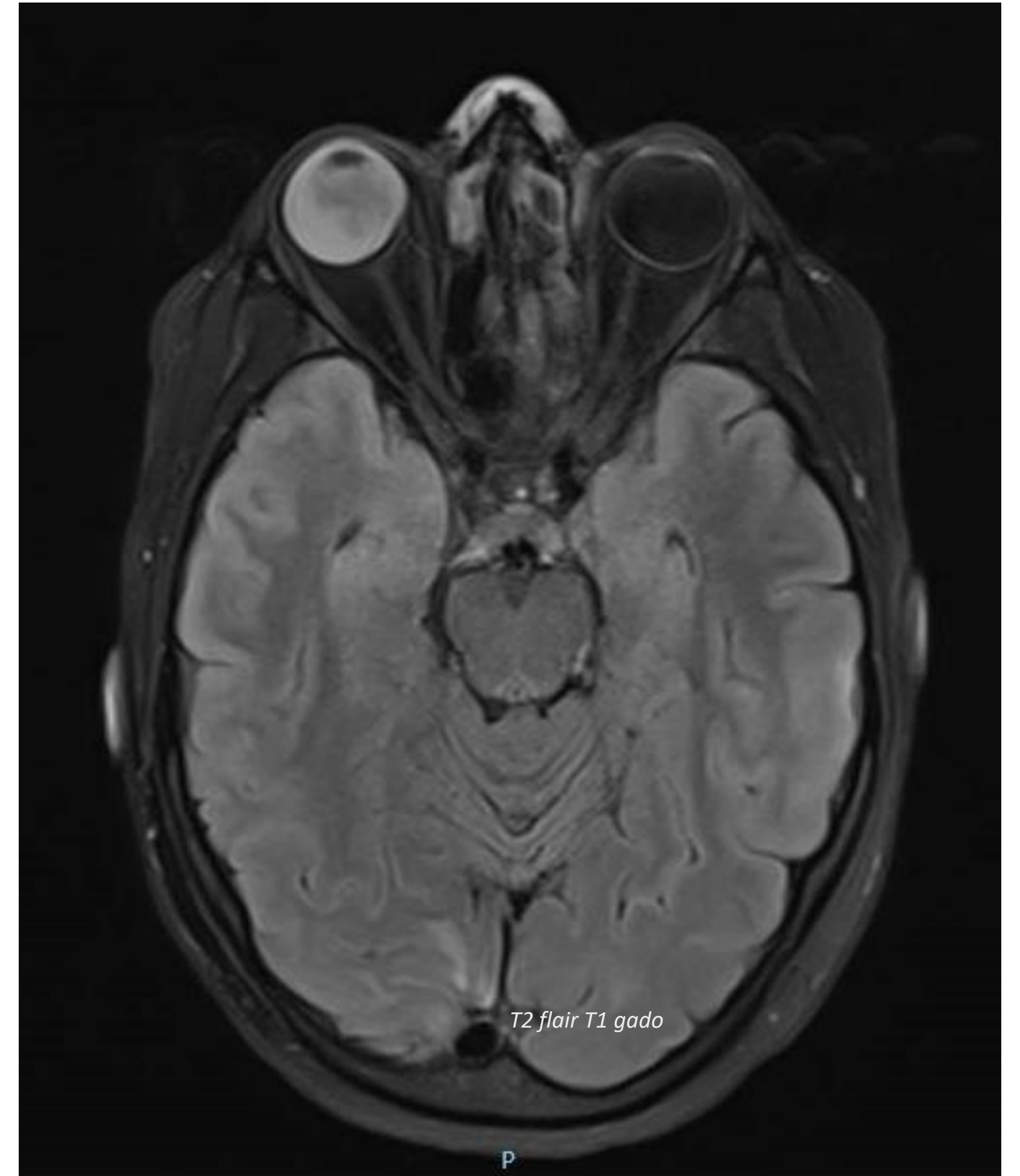
J 2 mois



- Douleurs : morphine
- Perception lumineuse (-)
- Contrôle infection ???

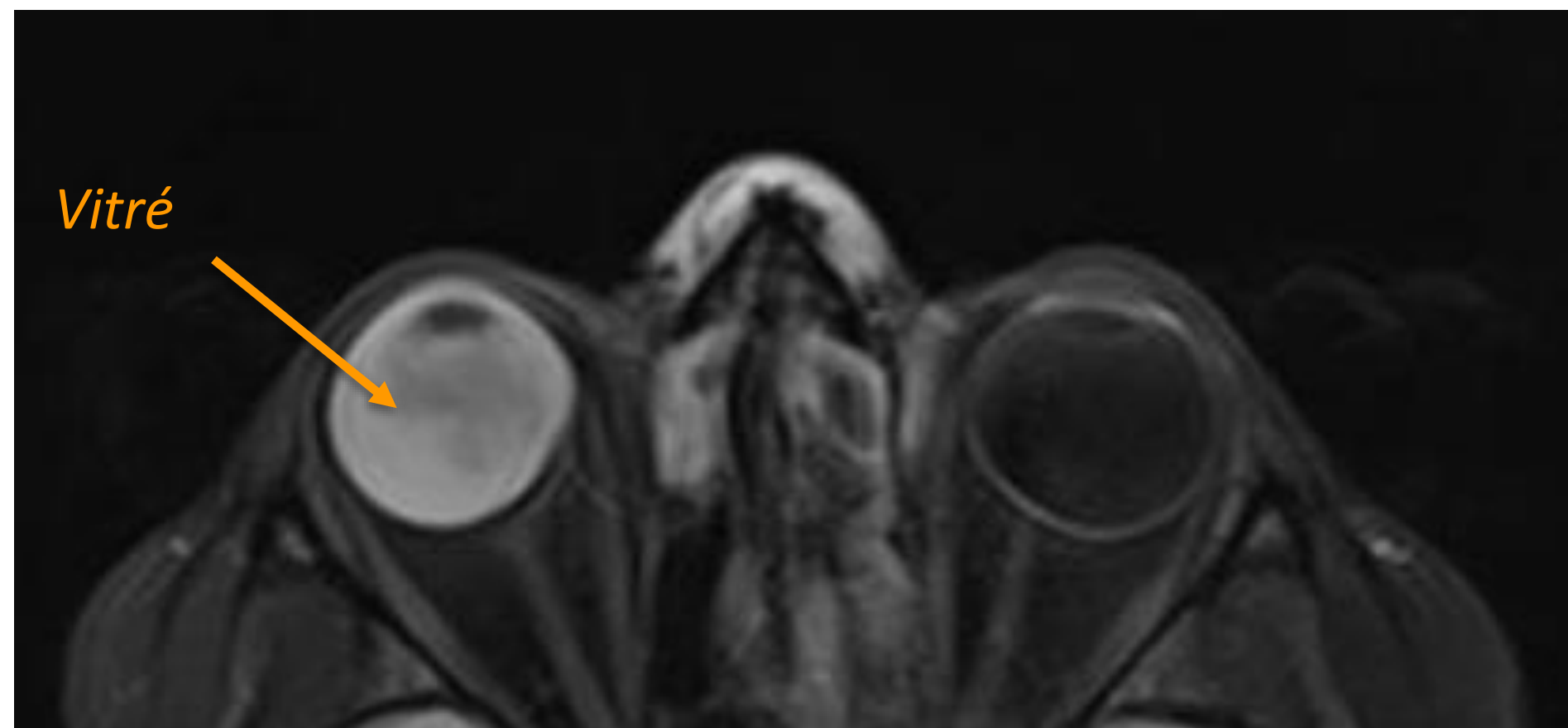


ÉVISCÉRATION

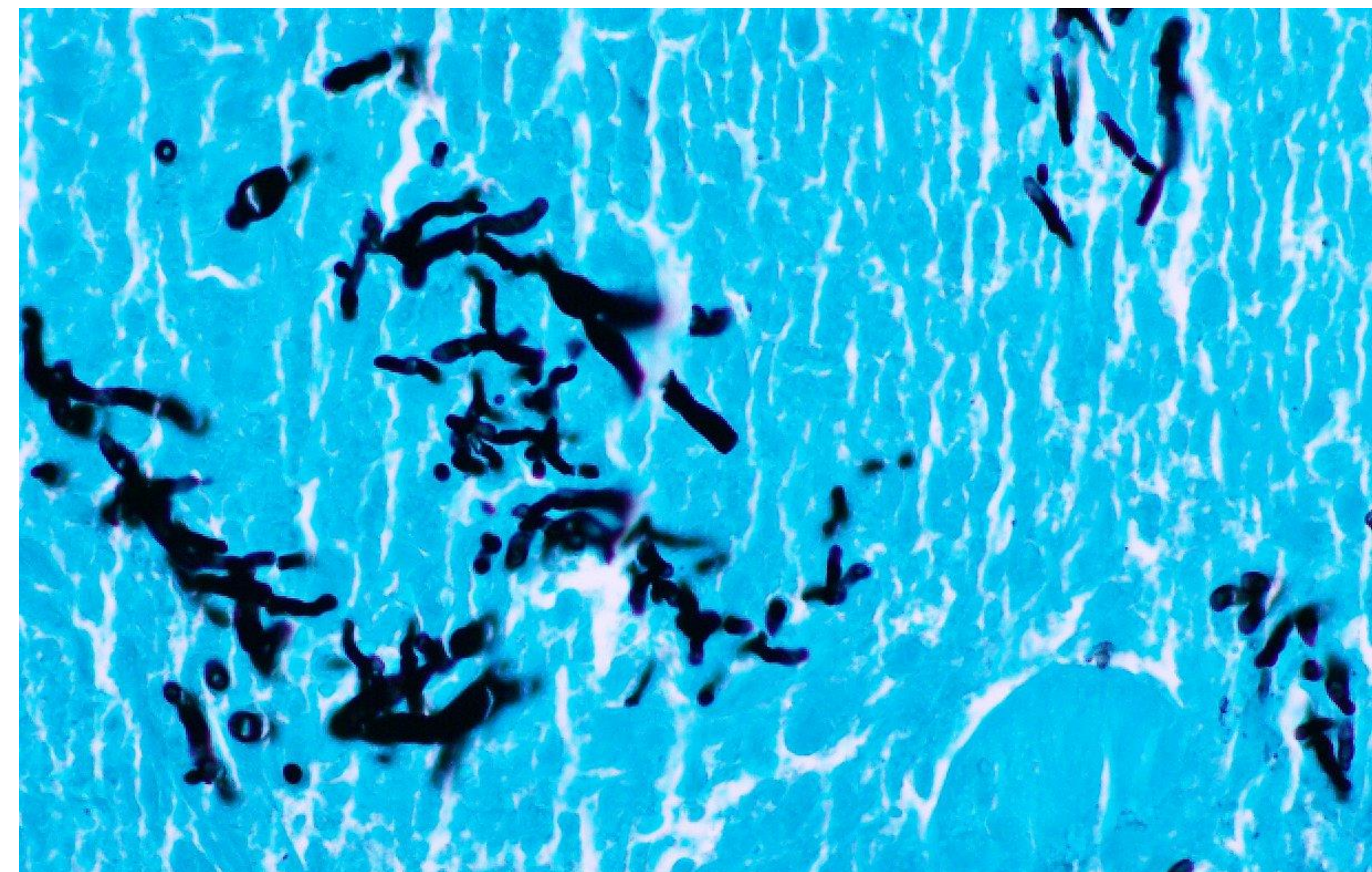


ÉVISCÉRATION : aspergillus éradiqué ? Analyse du vitré et de la rétine

Prélèvement du vitré
Mycologie négative



Biopsie rétine : présence de filaments
d'aspergillus après 2 mois
sous VORICONAZOLE



Coloration de Grocott

Message

Endophtalmies endogènes fongiques

Contexte

Toxicomanie, immunodépression

Diagnostic

Prélèvement oculaires - sanguins

Patient pris en charge en **médecine infectieuse**

- **Bilan général**
- **Traitement anti fongique**
 - Général avec bonne pénétration intra oculaire
 - Local ; injections intra vitréennes
- **+/- chirurgie**

PARASITES

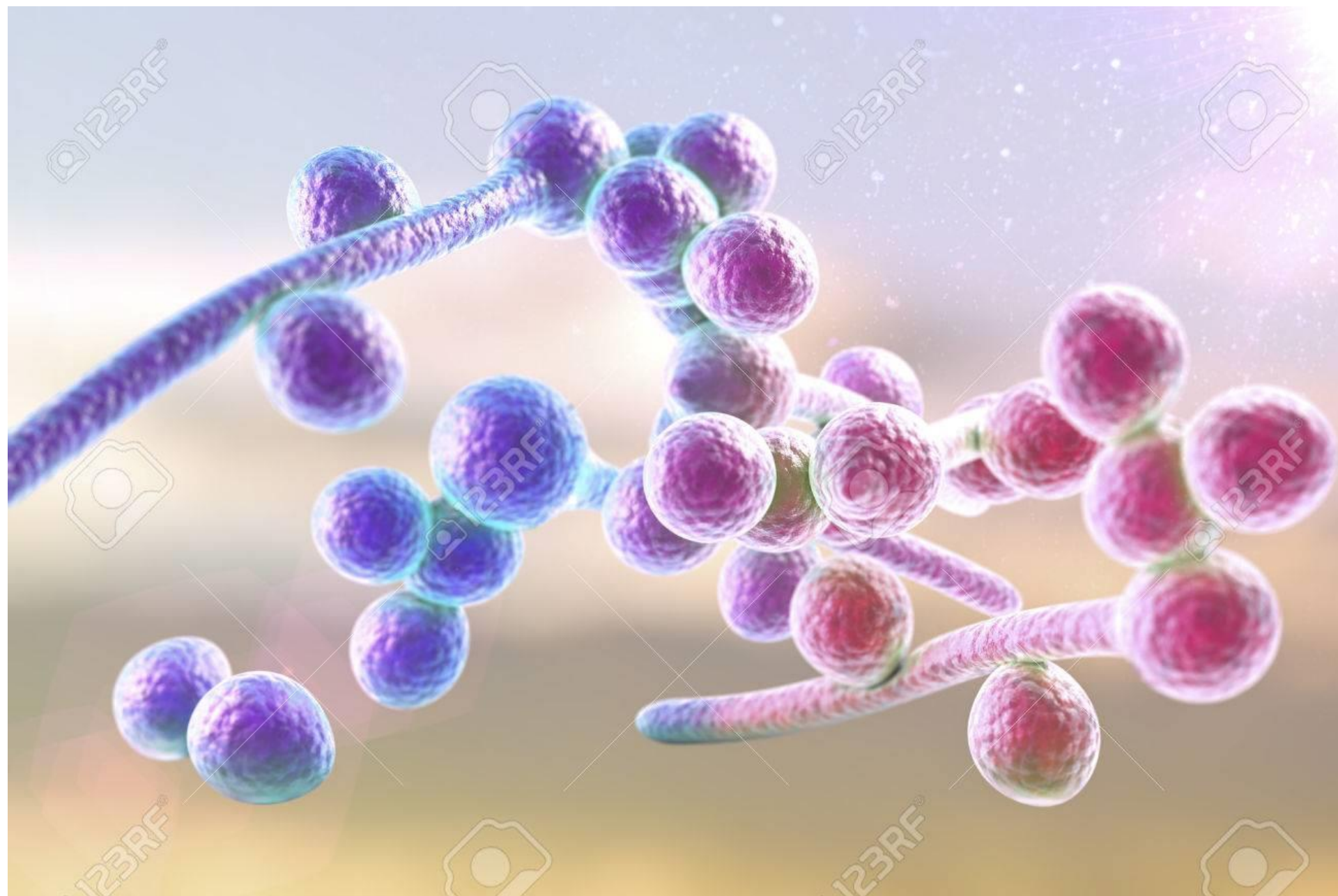
BACTÉRIES

VIRUS

CHAMPIGNONS

Parfois atteinte oculaire
1^{ère} manifestation d'une infection systémique

Candidose



Aspergillose



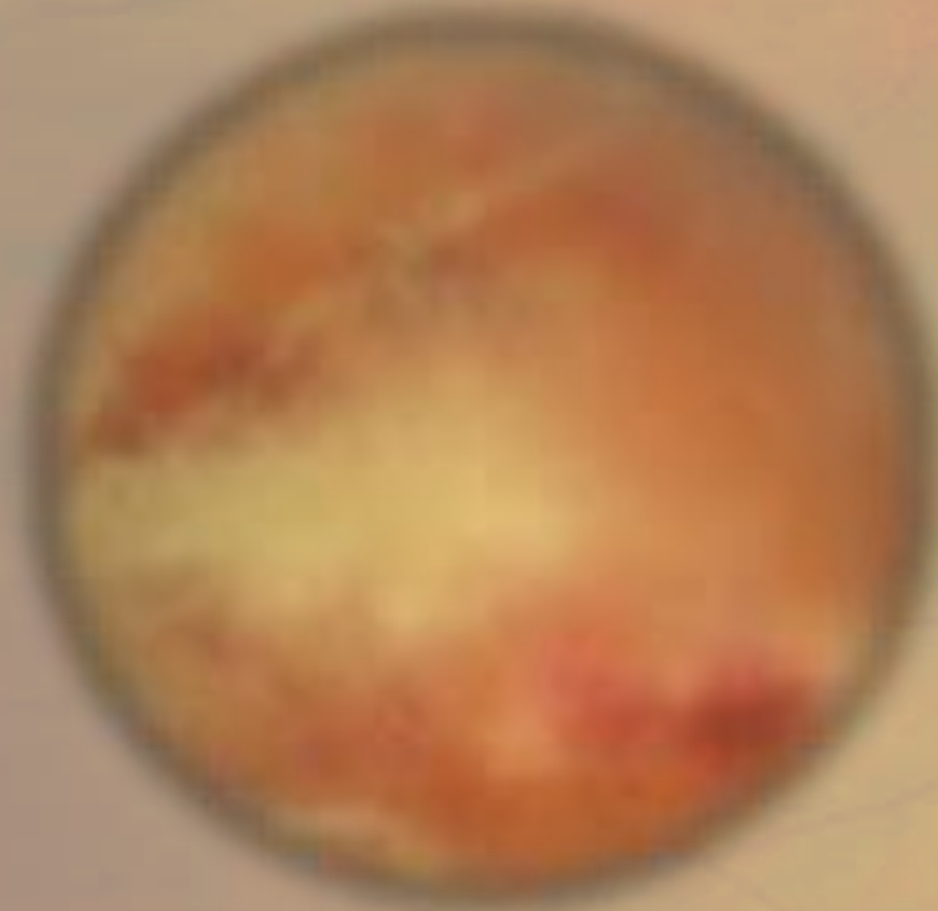
Parasites



Virus



Champignons



Bactéries



Atteinte oculaire parfois 1ère manifestation
d'une infection systémique

Collaboration
ophtalmologiste - Médecine infectieuse