

Les 10 choses les plus importantes à savoir sur l'œil dans votre cabinet de rhumatologie

Par Vanessa Ocampo, M.D., FRCPC

La rhumatologie est une surspécialité qui ne se limite pas uniquement au traitement des maladies de l'appareil musculosquelettique. De fait, l'un des sites anatomiques hors de l'appareil musculosquelettique le plus souvent touché est l'œil. Voici quelques faits qu'il pourrait vous être utile de connaître au sujet des croisements entre ces deux surspécialités.

1. Une connaissance de l'anatomie de base de l'œil et des structures qui peuvent être touchées par des troubles inflammatoires permettra de reconnaître ces troubles plus facilement, de faire une évaluation appropriée et de diriger rapidement le patient vers l'équipe d'ophtalmologie (voir la figure 1)¹.

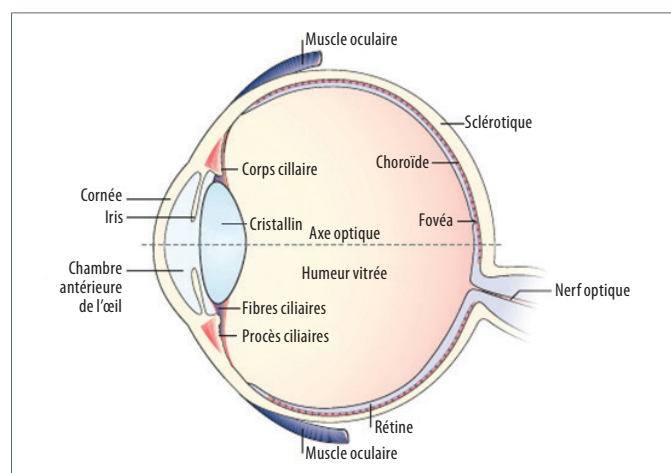


Figure 1. Vue d'ensemble de l'œil

La couche externe de l'œil est constituée de la cornée et de la sclérotique. La couche interne est constituée de la rétine. Dans les affections telles que l'uvéite, le fait de diviser l'œil par segment anatomique peut aider à classer plus facilement l'atteinte oculaire (voir la figure 2) :

- Antérieur : iris
- Intermédiaire : corps ciliaire, corps vitré antérieur, pars plana
- Postérieur : choroïde, rétine et rétine périphérique

2. Parmi les manifestations oculaires les plus souvent associées aux maladies rhumatismales, mentionnons la kératoconjonctivite sèche, l'uvéite antérieure et la sclérite^{2,3}.

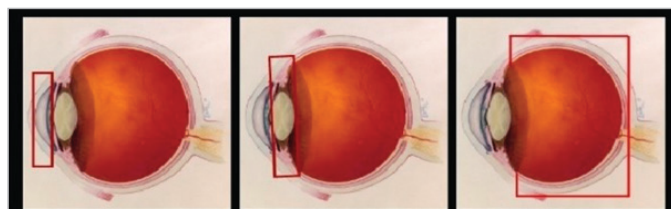


Figure 2. Classification des uvéites

3. En tant que rhumatologues, nous devons nous rappeler que diverses affections rhumatoïques s'accompagnent de multiples manifestations oculaires telles que celles énumérées dans le tableau 1^{7,8,9,2}.

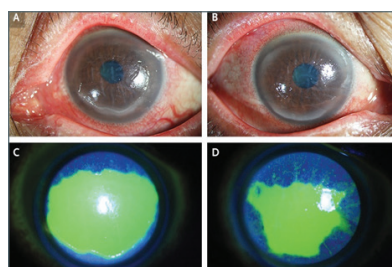


Figure 3. Kératoconjonctivite sèche associée au syndrome de Sjögren⁴

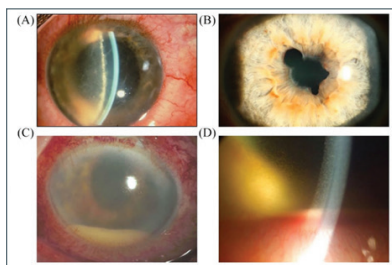


Figure 4. Uvéite antérieure aiguë :
A) Injection ciliaire
B) Synéchie
C) Hypopyon
D) Masse fibreuse en partie antérieure du cristallin⁵

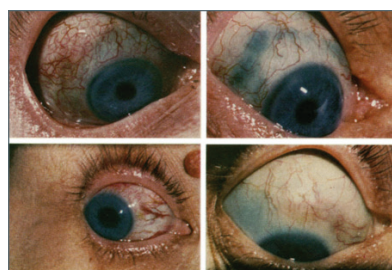


Figure 5. Sclérite en présence de polyarthrite rhumatoïde⁶

4. Environ 40 % des patients atteints de SpA présenteront au moins une manifestation ne touchant pas l'appareil musculosquelettique durant l'évolution de leur maladie^{10,11,12,13} :

- L'uvéite antérieure aiguë (UAA) est l'une de ces manifestations qui est souvent associée aux maladies du spectre de la SpA.
- La prévalence de l'UAA est de 22 à 40 % chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante, mais est plus faible dans les autres types d'arthrite (arthrite psoriasique ou arthrite réactionnelle).
- L'antigène HLA-B27 est présent chez 50 % des patients atteints d'UAA.

5. Non traitée, l'uvéite est une importante cause de cécité¹⁴, derrière les vices de réfraction non corrigés, les cataractes, le glaucome et la rétinopathie diabétique¹⁵.

- On estime qu'elle serait la cause de 10 à 15 % des cas de cécité aux États-Unis.

Tableau 1 : Associations ophtalmologiques et rhumatologiques

Diagnostic ophtalmologique	Association rhumatologique
Maladie inflammatoire orbitaire	GPA*, sarcoïdose, maladie associée aux IgG 4, syndrome de Sjögren, MICI*, maladie de Behçet, PR*, maladie de Still de l'adulte, amyloïdose, troubles histiocytaires
Kératoconjonctivite sèche	PR*, LED*, sclérodémie, syndrome de Sjögren, maladie du greffon contre l'hôte, PCr*
Épisclérite	PR*, vascularite, MICI*, PCr*
Sclérite	PR*, GPA*, SpA*, maladie de Behçet, MICI*, PPR*
Sclérite associée à une kératite ulcéreuse	PR*, GPA*, PCr*, LED*, syndrome de Sjögren, maladie de Behçet, AP, sarcoïdose
Sclérite nécrosante sans inflammation (scléromalacie perforante)	Presque exclusivement associée à la PR
Uvéite	La maladie de Behçet et la sarcoïdose peuvent être présentes dans toute forme d'uvéite.
Antérieure	PR/AJ, SpA, arthropathie non spécifique de l'antigène HLA-B27*, arthrite réactionnelle, AP*, GPA*, MICI*, AJ*, maladie de Kawasaki
Intermédiaire	Sclérose en plaques
Postérieure	AP*, MICI*, LED*, maladie de Horton*, PAN*, GPA*
Panuvéite	LED*, VKH*, maladie associée au HLA-B27*, PCr*, PAN*, dermatomyosite
Vascularite rétinienne	Plus souvent associée à la maladie de Behçet, à la sarcoïdose et à la sclérose en plaques Moins souvent : vascularite associée aux ANCA, vascularite touchant de gros et moyens vaisseaux, SAPL* Autres : uvéite associée au HLA-B27*, dermatomyosite, maladie de Takayasu, polymyosite, PCr*, PR*
Neuropathie optique	Maladie de Horton*, LED*, SAPL*

*GPA : granulomatose avec polyangéite; MICI : maladie inflammatoire chronique de l'intestin; PR : polyarthrite rhumatoïde; LED : lupus érythémateux disséminé; PCr : polychondrite récidivante; SpA : spondylarthrite; PPR : pseudopolyarthrite rhizomélique; AJ : arthrite juvénile; AP : arthrite psoriasique; PAN : polyarthrite noueuse; VKH : syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada; SAPL : syndrome des antiphospholipides

6. Gardez toujours à l'esprit le possible lien œil/intestin^{16,17}.

- La prévalence de la MICI chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante est d'environ 5 à 10 %.
- La prévalence des troubles inflammatoires ophtalmiques chez les patients présentant une MICI varie de 0,3 à 13 % selon la population étudiée.

**7. Le traitement de l'UAA comprend l'administration de cycloplé-
giques topiques (c.-à-d. l'atropine topique), d'anti-inflammatoires
non stéroïdiens (AINS), de corticostéroïdes (topiques, intraocu-
laires, à action générale). Pour les cas récalcitrants, des agents tels
que des antirhumatismeux modificateurs de la maladie (ARMM)
(c.-à-d. le méthotrexate), l'acide mycophénolique ou l'adalimumab
peuvent être très efficaces.**

**8. Les plus importants effets secondaires causés par certains médi-
caments utilisés pour traiter des maladies rhumatismales sont
la maculopathie associée aux médicaments antipaludiques,
ainsi que les cataractes et le glaucome associés à la prise de
corticostéroïdes².**

**9. Lorsque vous orientez un patient en ophtalmologie ou lorsqu'il
vous est adressé par un ophtalmologue cherchant à exclure une
affection rhumatismale chez un patient atteint de maladie ocu-
laire inflammatoire, soyez attentif aux analyses et examens de-
mandés. Les affections rhumatismales ne causent pas toutes une
atteinte oculaire, comme l'uvéite^{9,18-20}.**

Par exemple, un bilan diagnostique utile pour un patient pré-
sentant une uvéite non classée comprend un hémogramme courant,
un profil métabolique complet, une analyse d'urine, la vitesse de
sédimentation érythrocytaire et l'épreuve de détection de la pro-
téine C-réactive. Selon les résultats de ces analyses et les antécé-
dents médicaux du patient, des épreuves diagnostiques pour les
maladies infectieuses, des examens d'imagerie et un dosage d'au-
toanticorps pourraient être demandés.

- Tous les patients devraient passer une radiographie du thorax, un test VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) et un test FTA-ABS (test d'immunofluorescence absorbée).
- Test de la tuberculine purifiée (PPD) et QuantiFERON : si on soupçonne une exposition à la tuberculose, si résultats évocateurs à la radiographie du thorax ou pour une évaluation préalable au traitement immunomodulateur.
- AAN : seulement chez les enfants atteints d'oligo-arthrite juvénile et d'uvéite (pronostic). N'envisagez ce test chez les adultes qu'en présence d'autres éléments évocateurs d'un LED, d'une maladie anti-C1q ou d'autres maladies associées à des AAN.
- Le typage HLA-B27 est indiqué chez les patients atteints d'une UAA, même en l'absence d'une SpA manifeste (répercussions sur le pronostic).

**10. Compte tenu du nombre élevé de patients vus à la fois par ces
deux spécialités, les rhumatologues ne doivent pas faire abstrac-
tion des symptômes oculaires et les ophtalmologistes doivent
fournir des renseignements précis sur le diagnostic oculaire et
les éventuelles maladies polysystémiques qu'ils soupçonnent chez
leurs patients au moment de diriger ces derniers vers un rhuma-
tologue. Idéalement, les deux spécialités devraient tenir une cli-
nique mixte pour assurer ensemble le suivi et la prise en charge de
ces cas complexes. S'il est impossible de tenir des cliniques mixtes,
un outil de communication devrait permettre d'établir entre les
deux spécialités une communication claire sur les progrès et la
prise en charge des patients.**

*Vanessa Ocampo, M.D., FRCPC
Titulaire d'une bourse de recherche sur le rhumatisme psoriasique,
Center for Prognosis of Rheumatic Diseases,
Université de Toronto, Toronto (Ontario)*

Références :

- Rosenbaum JT, Asquith M. The microbiome and HLA-B27-associated acute anterior uveitis. *Nat Rev Rheumatol*. 2018; 14(12):704-713. doi:10.1038/s41584-018-0097-2.
- Hamideh F, Prete PE. Ophthalmologic manifestations of rheumatic diseases. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2001; 30(4):217-241. doi:10.1053/sarh.2001.16639.
- Petris CK, Almony A. Ophthalmic manifestations of rheumatologic disease: diagnosis and management. *Missouri medicine*. 2012;109(1):53-58.
- Su Y, Yang C. Keratoconjunctivitis Sicca in Sjögren's Syndrome. *New Engl J Med*. 2020; 383(17):1663. doi:10.1056/nejmicm1910311.
- Rademacher J, et al. Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease Special Collection. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2020 Sep 12;12 doi:10.1177/1759720X20951733.
- Jayson MI, Jones DEP. Scleritis and rheumatoid arthritis. *Ann rheum Dis*. 1971; 30:343. doi:10.1136/ard.30.4.343
- Keratoconjunctivitis Sicca: an overview (ScienceDirect Topics). Accessible sur le site : www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/keratoconjunctivitis-sicca (consulté en mai 2021).
- Granulomatosis with polyangiitis and microscopic polyangiitis: Clinical manifestations and diagnosis – UpToDate. Accessible sur le site : <https://www.uptodate.com/contents/granulomatosis-with-polyangiitis-and-microscopic-polyangiitis-clinical-manifestations-and-diagnosis> (consulté en mai 2021).
- Autoimmune Eye & Ear Disorders | Rheumatology Secrets. Accessible sur le site : <https://expertconsult.inkling.com/read/west-rheumatology-secrets-4e/chapter-75/autoimmune-eye-and-ear-disorders> (consulté en mai 2021).
- van der Heijde D, Ramiro S, et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2017 Jun; 76(6):978-991. doi:10.1136/annrheumdis-2016-210770.
- Sieper J, van der Heijde D. Review: Nonradiographic axial spondyloarthritis: New definition of an old disease? *Arthritis Rheum*. 2013; 65(3):543-551. doi:10.1002/art.37803
- Wakefield D, Clarke D, McCluskey P. Recent Developments in HLA B27 Anterior Uveitis. *Frontiers in Immunology*. 2021; 11:3380. doi:10.3389/fimmu.2020.608134.
- Baarsma GS. The epidemiology and genetics of endogenous uveitis: A review. *Current Eye Research*. 1992; 11(S1):1-9. doi:10.3109/02713689208999505.
- The Ocular Immunology and Uveitis Foundation. [uveitis.org](http://uveitis.org/patients/education/glossary/g-l/). Accessible sur le site : <https://uveitis.org/patients/education/glossary/g-l/> (consulté en mai 2021).
- Bourne RRA, Steinmetz JD, Saylan M, et al. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: The Right to Sight: An analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet Global Health*. 2021; 9(2):e144-e160. doi:10.1016/S2214-109X(20)30489-7.
- Troncoso LL, Biancardi AL, de Moraes HV, et al. Ophthalmic manifestations in patients with inflammatory bowel disease: A review. *World J of Gastroenterol*. 2017; 23(32):5836-5848. doi:10.3748/wjg.v23.i32.5836.
- Stolwijk C, van Tubergen A, Castillo-Ortiz JD, et al. Prevalence of extra-articular manifestations in patients with ankylosing spondylitis: A systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2015; 74(1):65-73. doi:10.1136/annrheumdis-2013-203582.
- Bouid N, Jamilloux Y, Chapurlat R, et al. Impact of systemic treatments on the course of HLA-B27-associated uveitis: A retrospective study of 101 patients. *PLoS ONE*. 2020; 15(3). doi:10.1371/journal.pone.0230560.
- Brewerton DA, Hart FD, Nicholls A, et al. Ankylosing Spondylitis and HLA-27. *The Lancet*. 1973; 301(7809):904-907. doi:10.1016/S0140-6736(73)91360-3.
- Park SC, Ham D. Clinical features and prognosis of HLA-B27 positive and negative anterior uveitis in a Korean population. *J Korean Med Sci*. 2009; 24(4):722-728. doi:10.3346/jkms.2009.24.4.722.