

## JIFRO – Œil et médecine interne



**D. MONNET**  
Hôpital Cochin, APHP  
Université Paris  
Descartes, PARIS.

### Œil et infections

Lors des JIFRO, l'objectif de notre présentation sur le thème œil et infections était principalement de proposer une façon de structurer la démarche diagnostique. Il est impossible d'aborder toutes les atteintes infectieuses oculaires, aussi, nous nous sommes centrés sur les présentations sous forme d'uvéïte, excluant les atteintes orbitopalpébrales et les abcès de cornée. Chaque fois que cela a été possible, les points ont été illustrés par des cas cliniques réels.

#### La démarche diagnostique

Devant toute affection oculaire compatible, il convient de suspecter *a priori* une origine infectieuse. L'atteinte inflammatoire ne sera envisagée que dans un deuxième temps, après avoir éliminé ces causes infectieuses. Le bilan étiologique doit rester guidé par la sémiologie de l'uvéïte. Cependant, dans ce cadre, le contrôle des sérologies syphilitiques ou la recherche de BK sont quasi-systématiques, tant leurs présentations associées peuvent être diverses.

Ensuite, il conviendra de déterminer si l'atteinte est isolée à l'œil ou associée à une atteinte systémique. Enfin, on n'omettra pas la possibilité de *syndromes masquerades* (lymphome oculo-cérébral).

#### Quelle physiopathologie ?

Hormis dans des infections oculaires pures (endophtalmies, atteinte her-

pétique...), la physiopathologie des uvéïtes infectieuses repose sur une dissémination par voie hémotogène d'un site infectieux primitif à distance. Ainsi, un foyer primitif, après une septicémie, va pouvoir "ensemencer" l'un des compartiments oculaires par rupture des barrières hémato-oculaire. L'atteinte ophtalmologique peut être révélatrice d'une infection systémique méconnue ou compliquer une atteinte générale identifiée. Dans ce cadre, il convient de rester systématique afin de ne pas passer à travers certaines étiologies pouvant mettre en cause le pronostic vital.

#### Les atteintes bactériennes : des tableaux cliniques à connaître

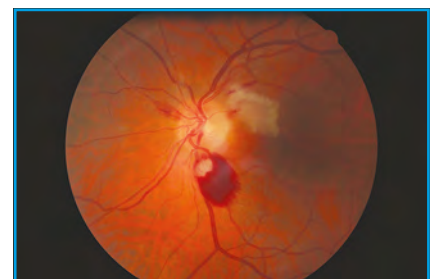
Une étiologie est particulièrement exemplaire tant sa présentation peut être diverse et trompeuse et ses conséquences majeures. Afin d'illustrer notre propos, nous rapportons le cas d'un patient âgé de 58 ans adressé pour une neuropathie optique antérieure aiguë (NOIAA) de l'œil gauche sans réelle baisse d'acuité visuelle (9/10). Les symptômes visuels de type myodésopsies "fixes" avec impression de cheveux devant les yeux sont associés à une discrète altération générale avec fièvre modérée (38,4°). L'examen du fond d'œil révélera un large nodule cotonneux, des lésions hémorragiques en flammèche accompagnant une lésion hémorragique plus large à centre blanc (**fig. 1**).

L'absence d'œdème papillaire, l'équivalent d'une tache de Roth au FO et la fièvre lancinante feront évoquer une étiologie infectieuse. Le patient est adressé en médecine interne qui après échographie cardiaque transœsophagienne mettra en évidence des végétations de la valve aortique. L'atteinte

ophtalmologique aura probablement sauvé la vie du patient [1].

L'endocardite infectieuse est une affection qui met en jeu le pronostic vital. L'incidence des endocardites infectieuses est de 2,6 à 7 cas pour 10 000 habitants/an. L'atteinte ophtalmologique de type tache de Roth et/ou d'hémorragie conjonctivale est présente respectivement dans 2 à 5 % des cas d'endocardite. Les taches de Roth ont un centre blanc correspondant aux conséquences d'un embolie septique rétinien avec rupture de la barrière vasculaire, formation d'un thrombus fibrineux et d'hémorragies rétinienues. Les agents bactériens souvent en cause sont le staphylocoque doré (31 %), le staphylocoque coagulase négatif (11 %), les streptocoques *viridans* (17 %). Toutefois, dans 10 % des cas, les cultures restent négatives.

La présence d'un hypopion, l'évolution rapide d'une lésion rétinienne +/- en relief (abcès sous rétinien), la présence d'hémorragies rétinienues (taches de Roth), une hyalite d'installation et d'aggravation rapide, sont autant d'éléments qui doivent faire redouter une infection bactérienne. Un autre exemple d'endophtalmie endogène, d'identification plus récente, est celle compliquant les abcès hépatiques à Klebsielle. Cette atteinte hépatique touche des personnes souvent immunodéprimés (diabète,



**Fig. 1**

## I JIFRO – Œil et médecine interne

cirrhose...) et est particulièrement fréquente en Asie (**fig. 2**) [3].

La présentation de neurorétinite stellaire de Leber avec œdème papillaire et exsudats stellaires doivent faire évoquer une infection à germe intracellulaire et en premier lieu une infection des griffes du chat à *Bartonella Henselae* (**fig. 3**). La localisation profonde choroïdienne de lésions blancs-jaunâtres sont évocateurs d'infection mycobactérienne (BK, mycobatéries atypiques), brucellose et pneumocystose chez des patients immunodéprimés (**fig. 4**).

Enfin, parfois, c'est la présence de signes extra-ophtalmologiques qui orientera le diagnostic de pathologie infectieuse. Ainsi, un tableau d'uvéite intermédiaire associée à un syndrome de malabsorption lui-même associé à des diarrhées et des douleurs articulaires migratrices, doit faire évoquer une maladie de Whipple (*tropheryma whipplei*) (**fig. 5**). Cette infection est fatale sans traitement et impose le recours à une antibiothérapie au long cours (triméthoprim-sulfaméthoxazole). Le diagnostic repose sur la biopsie digestive mettant en évidence des inclusions PAS + dans les macro-

phages de la *lamina propria*, avec une identification possible de l'ARN bactérien par PCR.

### ■ Les atteintes virales hors VIH

L'atteinte virale la plus fréquente est représentée par le groupe des virus herpès. Dans le cas d'un zona dans le territoire V1, une atteinte ophtalmologique sera particulièrement redoutée, et est associée fréquemment à l'atteinte de la branche nasociliaire (éruption sur l'aile du nez, signe de Hutchinson) (**fig. 6**). Le tableau le plus grave, et plus souvent limité à l'œil, est représenté par la nécrose rétinienne aiguë d'évolution centripète (**fig. 7**). Ce tableau impose la prescription d'une hospitalisation en urgence avec aciclovir IV ou valaciclovir per os (jusqu'à 4 g/j) [4].

### ■ Atteinte virale liée au VIH

L'atteinte ophtalmologique est directement en rapport avec le niveau d'immunodépression des patients, (ex : rétinite à CMV lorsque taux CD4 + < 50) (**fig. 8A**) dont les tableaux sont bien connus. Les

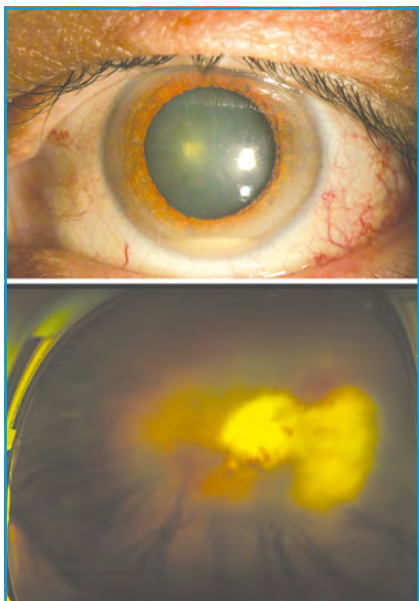


Fig. 2



Fig. 3

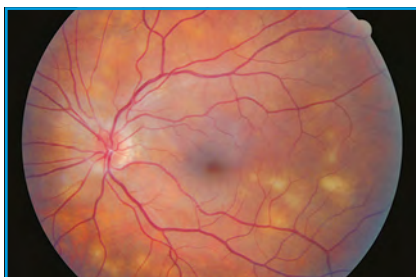


Fig. 4

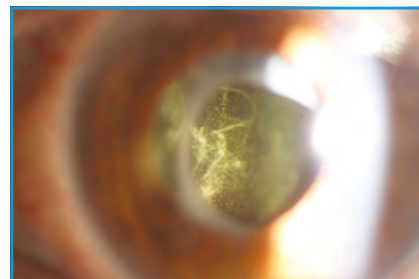


Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

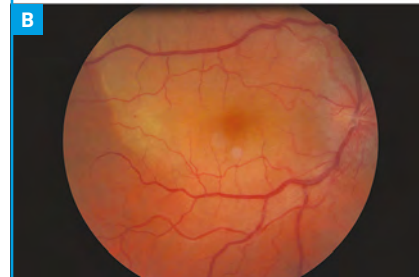
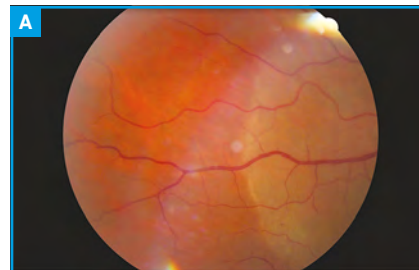


Fig. 8

nouveaux traitements ont fait régresser l'immunodépression des patients VIH et les infections opportunistes associées. Actuellement, nous observons une recrudescence des co-infections VIH notamment avec la syphilis. La présentation est celle d'un foyer d'aspect placoïde blanchâtre (**fig. 8 B**) associé à une hyalite et une uvéite antérieure souvent modérée [4].

### ■ Les atteintes mycosiques

Les atteintes fongiques oculaires sont représentées en majorité par la candidose. Deux contextes sont particulièrement favorisant pour l'atteinte candidosique. Les usagers de drogues par voie intraveineuse de part leur préparation à base notamment de citron (acidité) favorise la dissémination par voie hématogène de *candida albicans* (**fig. 9**). L'autre contexte est celui des

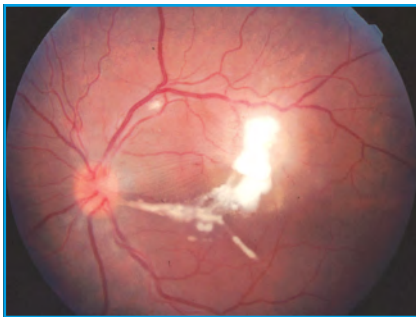


Fig. 9

patients soignés en réanimation, souvent polymédiqués par antibiothérapie à large spectre qui vont là aussi favoriser le développement d'une atteinte mycosique [3]. D'une manière plus générale, une infection oculaire ne s'améliorant pas ou peu sous antibiotique doit faire rechercher une étiologie fongique.

### ■ Les atteintes parasitaires

Les atteintes parasitaires de personnes provenant de zone d'endémie spécifique à certains parasites ne seront pas abordées ici, mais sont à rechercher en fonction de ces pays. En Europe, la chorioretinite toxoplasmique représente la première cause d'uvéite postérieure, dont le diagnostic reste clinique dans la majorité des cas et le traitement bien codifié.

### ■ Conclusion

Lorsqu'il s'agit d'infection, il est particulièrement important de réduire le délai diagnostique. Une démarche systématique est indispensable pour éviter toute perte de chance. La réalisation de prélèvement avant l'instauration des traitements anti infectieux est indispensable. En outre, le traitement adapté aux agents causaux a souvent des effets spectaculaires, notamment dans le cas des étiologies bactériennes ou myco-

siques. Le pronostic vital est parfois mis en cause et doit être évoqué en priorité devant des lésions hémorragiques à centre blanc (endocardite infectieuse et tache de Roth). La connaissance du terrain (immunodéprimé, diabète, VIH, toxicomane...) est essentielle dans l'enquête étiologique de ces atteintes. Enfin, devant une atteinte considérée comme inflammatoire et qui s'aggrave, il peut être pertinent d'évoquer à nouveau une origine infectieuse.

### BIBLIOGRAPHIE

1. CHANG FP, CHIEN CY, CHAOU CH *et al.* Infective endocarditis with initial presentation of visual disturbances. *Am J Emerg Med*, 2016;34:2052.
2. CHO H, SHIN YU, SIEGEL NH *et al.* Endogenous Endophthalmitis in the American and Korean Population: An 8-year Retrospective Study. *Ocul Immunol Inflamm*, 2016;26:1-8.
3. VAZIRI K, PERSHING S, ALBINI TA *et al.* Risk factors predictive of endogenous endophthalmitis among hospitalized patients with hematogenous infections in the United States. *Am J Ophthalmol*, 2015;159:498-504.
4. LEE JH, AGARWAL A, MAHENDRADAS P *et al.* Viral posterior uveitis. *Surv Ophthalmol*, 2016;22.

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