

Conduite à tenir pour le suivi des patients atteints d'uvéïte au cours de la pandémie Covid-19

Fiche rédigée par le Dr Sara Touhami¹, le Pr David Saadoun², le Pr Laurent Kodjikian³ et le Pr Bahram Bodaghi¹. Le 21 mars 2020

¹ Service d'ophtalmologie, CHU Pitié Salpêtrière, Paris. ² Service de médecine interne, CHU Pitié Salpêtrière, Paris. ³ Service d'ophtalmologie, CHU Croix-Rousse, Lyon.

L'uvéïte touche une population d'âge variable avec un risque non négligeable de développer des formes graves du Covid-19. Le recours aux stéroïdes ou immunosuppresseurs mérite des précautions et une évaluation du bénéfice-risque.

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

En cas de premier épisode d'uvéïte antérieure ou récursive aiguë :

- Attention : Une consultation pour œil rouge peut correspondre à une conjonctivite Covid-19 et il est indispensable de porter des gants lors de l'examen de ces patients.
- Fond d'œil indispensable pour éliminer les causes infectieuses classiques pouvant imposer une hospitalisation.
- Maintien de la consultation de contrôle à 48-72 heures (ou une semaine) puis téléconsultation à privilégier si amélioration.
- Corticothérapie collyre non contre-indiquée, tout en favorisant une décroissance très lente de la corticothérapie afin d'éviter un rebond inflammatoire.
- En l'absence de signe général, ou d'immunodépression, avec atteinte unilatérale et amélioration rapide : le bilan étiologique pourra être réalisé sans urgence dans le mois.
- Signe général, immunosuppression, atteinte bilatérale ou absence d'amélioration à 48h : bilan étiologique rapide.

En cas d'uvéïte antérieure suivie et traitée par collyres corticoïdes seuls :

- **Si uvéïte stabilisée :** Pas de consultation. Ne pas procéder à la décroissance des corticoïdes topiques et garder le nombre minimal de gouttes ayant permis l'accalmie (si <5gtes/j de DXM). Si PIO limite (>20 mmHg) un hypotonisant prophylactique peut être proposé.
- **Si uvéïte non contrôlée :** Consultation.

En cas d'uvéïte ou sclérite suivie et traitée par corticoïdes systémiques et/ou immunosuppresseurs et/ou agents biologiques :

- **Si uvéïte chronique ou sclérite chronique ou stabilisées :** Pas de consultation. Ne pas procéder à la décroissance des corticoïdes et garder la dose minimale ayant permis l'accalmie. En l'absence d'argument pour une infection par le SARS-CoV-2, ne pas différer l'administration des immunosuppresseurs ou biothérapies IV s'il n'est pas possible de traiter l'inflammation par voie sous cutanée ou orale. Les bilans sanguins de contrôle de la tolérance doivent être espacés si possible (si normalité sur les 2 derniers mois).
- **Si uvéïte/sclérite non contrôlée ou avec menace visuelle :** Consultation. En l'absence d'argument pour une infection par le SARS-CoV-2, des traitements anti-infectieux ou bolus de méthylprednisolone peuvent être administrés en hospitalisation après avoir pesé la balance bénéfice/risque (monophtalme, atteinte maculaire sévère ou du nerf optique etc...). Dans les autres cas, les traitements stéroïdes locaux seront à privilégier pour permettre de différer le traitement systémique chez les patients Covid +.

En cas de kérato-uvéïte herpétique ou rétinohoréïdite toxoplasmique :

- Premier épisode : mise en route du traitement avec rythme de surveillance adapté au cas par cas et si possible sans corticothérapie associée. Prise en charge spécialisée si menace visuelle.
- Suivi en téléconsultation pour modulation thérapeutique avec le cas échéant prise en charge spécialisée.

Les injections intravitréennes:

- Les IVT de corticoïdes pour œdème maculaire ou hyalite peuvent théoriquement être différées en l'absence de menace visuelle immédiate. Elles seront discutées si situation d'urgence chez un patient Covid+ contre-indiquant le traitement systémique. Privilégier les IVT aux injections sous-ténoïennes car la diffusion extraoculaire sanguine est quasi-nulle avec les premières.
- Les IVT d'anti VEGF pour néovascularisation choroïdienne inflammatoire doivent être maintenues. Comme pour la myopie forte un régime PRN est à privilégier. Si impossibilité d'examiner le patient avant IVT (pour limiter le risque de contracter le SARS-CoV-2), un régime fixe mensuel court (2 à 3 mois maximum) peut être choisi si une seule IVT n'induit pas d'amélioration visuelle notable.

PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

- Endothélite herpétique ou zona ophthalmique de l'immunodéprimé imposant un traitement antiviral IV.
- Rétinites virales (aigues) imposant des injections intravitréennes et IV d'antiviraux.
- Uvéites bactériennes sévères.
- Endophtalmies imposant des injections intravitréennes et IV d'antibiotiques ou d'antifongiques.
- Uvéite postérieure ou panuvéite sévère avec AV<5/10, tyndall>3+, FO non accessible ou hyalite>2+, foyer ou nécrose rétinienne, menace maculaire ou papillaire ne pouvant pas bénéficier d'un traitement local.

DANS TOUS LES CAS

- L'évaluation du patient atteint d'uvéite est consommatrice d'examen (flare, angiographies, OCT). Il est demandé aux professionnels de ne les réaliser que si ces examens sont jugés indispensables.
- Chez le patient supposé Covid-, il ne faut pas arrêter les traitements anti-infectieux, corticoïdes et/ou immunosuppresseurs et/ou biothérapies sous peine d'induire un rebond inflammatoire sévère à l'arrêt et donc un recours à des doses encore plus fortes de stéroïdes.
- Si fièvre, ou toux ou signes respiratoires chez un patient sous corticoïdes systémiques ou immunosuppresseurs ou agents biologiques : Consultation, prélèvement SARS-CoV-2 et arrêt transitoire des traitements immunosuppresseurs et/ou biologiques avec maintien d'une faible corticothérapie à discuter au cas par cas.
- En cas d'uvéite nécessitant des corticoïdes et/ou des immunosuppresseurs et/ou des agents biologiques, il est préférable de retarder l'initiation du traitement systémique chez les patients à risque ou Covid+. En cas de menace visuelle directe, la voie locale doit être privilégiée.

Rappel aux patients :

- Respect des mesures barrières et de distanciation sociale.
- Si fièvre > 38°, prendre du paracétamol (maximum 3g/j) mais **éviter les AINS.**
- Si signes infectieux de virose (malaise, toux, anosmie, agueusie, myalgies, diarrhées, céphalée, et/ou de fièvre > 38°), contacter le médecin référent.
- Si oppression thoracique et/ou essoufflement associés aux signes infectieux : appeler le 15.