



# INFLAM'ŒIL

13 rue Dubrunfaut

75012 PARIS

Tél. : 01 74 05 74 23

>SIREN N° 451 386 544 APE N° 00014

# TYNDALL

Bulletin d'informations

et

d'échanges

N° 14 SEPTEMBRE 2006

Site internet : [www.inflamoeil.org](http://www.inflamoeil.org)

Courriel : [inflamoeil@yahoo.fr](mailto:inflamoeil@yahoo.fr)

## SOMMAIRE

1. L'éditorial de la Présidente
2. La maladie de Lyme
3. Corticothérapie locale en ophtalmologie
4. Les génériques
5. Les nouvelles



## La maladie de Lyme

Maladie parasitaire transmise par des tiques, la maladie de Lyme doit son nom à une ville du Connecticut « Lyme » dans laquelle un nombre important d'arthrite inflammatoire a été diagnostiqué en 1975.

Dans les années 80 on identifia l'agent pathogène, un spirochète (bactérie mobile en forme de cheveux) appelé Borrelia. On connaît au moins quatre espèces de Borrelia responsables de la maladie.

Chers amis,

*En ce début d'automne doux et humide les tiques ne sont pas encore en léthargie, soyez vigilants !*

*Merci au Dr Pierre-Yves Robert pour son article très instructif sur la corticothérapie locale.*

*Merci à nos adhérents et donateurs pour leur fidélité.*

*La vie d'une association de malades, son dynamisme et sa notoriété, dépendent de ses adhérents et de la générosité des donateurs.*

*Adhérer, faire un don, apporter un témoignage, faire connaître l'association aux instances locales et nationales, organiser des rencontres entre malades et des manifestations diverses, alimenter notre fonds pour la recherche, c'est apporter un soutien précieux à Inflam'œil et aux malades souffrant d'une uvéite.*

*Aidez-nous à mener à bien ces objectifs.*

*Claude Andrieux*

## Les tiques sont des vecteurs de la maladie

Les tiques sont des acariens. Il en existe plusieurs espèces en Europe et aux Etats Unis mais toutes ne sont pas vectrices de la maladie. *Ixodes ricinus* est la principale responsable de la maladie de Lyme en Europe.



Tique femelle gorgée de sang



une nymphe

En France, ces tiques sont présentes dans les forêts et les herbes hautes des champs humides, dans toutes les régions au-dessous de 1000 m à l'exception de la côte méditerranéenne.

### Le cycle de vie de la tique

Le cycle de vie de la tique dure deux ans et nécessite trois hôtes successifs. La femelle pond des œufs dans le sol et les larves éclosent un mois plus tard. Elles cherchent un hôte (petits rongeurs, lièvre, écureuil, hérisson, oiseaux ou *occasionnellement l'homme*). Elles se gorgent de sang en un seul repas de trois à cinq jours et se transforment en nymphes qui cherchent un nouvel hôte, se nourrissent et retombent sur le sol. Après quelques mois, les nymphes muent et se transforment en tiques adultes mâles ou femelles.

Seule la femelle pique, généralement du gros gibier tel que le chevreuil, mais aussi des oiseaux et parfois des animaux domestiques ou l'homme. Elle est nettement visible lorsqu'elle est gavée de sang (0,7 cm). Par contre, à

jeun ou à l'état de larve ou de nymphe, elle est plus petite, voire minuscule et elle peut passer inaperçue bien qu'elle transmette la *Borrelia* ou d'autres bactéries ou virus portés par des animaux sauvages ou des animaux domestiques qu'elle a piqués précédemment.

### Les hôtes de *Borrelia*

Les rongeurs constituent des réservoirs, porteurs de Spirochètes, ils les transmettent aux tiques qui les piquent. Les cervidés et les carnivores développent rapidement des anticorps et ne transmettent pas ou peu la borreliose à la tique. Ils peuvent par contre développer la maladie.

Les oiseaux ne sont pas porteurs de la maladie mais ils transportent les tiques d'une région à l'autre.

### Développement de la maladie

Après une piqûre de tique, le spirochète diffuse dans la peau et parfois dans le sang et les tissus. La maladie a plusieurs stades de développement. L'incubation est de 2 à 32 jours mais des symptômes sont apparus chez certaines personnes des années après la piqûre.

Au cours du premier stade, on peut observer une zone rouge et circulaire autour de la piqûre qui s'éloigne progressivement du centre redevenu clair.



Cette rougeur indolore s'estompe en trois semaines. On ressent parfois fièvre et fatigue.

Pendant la deuxième période, la maladie se manifeste par une fièvre intermittente, un érythème cutané, des manifestations rhumatologiques et neurologiques (douleurs et paralysies) ou par des troubles cardiaques. C'est à cette période que des troubles oculaires peuvent apparaître. Ces manifestations sont très variées : inflammation extra-oculaire telles qu'une conjonctivite ou une kératite, inflammation intra-oculaire qui peut être une uvéite antérieure, intermédiaire ou totale, une vision double, une amputation brutale du champ visuel, voire une cécité.

Au cours du troisième stade, la maladie devient chronique avec des manifestations cutanées généralisées, des rhumatismes et des atteintes neurologiques.

Le diagnostic de cette maladie est difficile à cause de sa similitude avec d'autres pathologies dont la sarcoïdose, la maladie de Behçet, la sclérose en plaque, le lupus, la syphilis etc...

Le diagnostic peut être confirmé par sérodiagnostic.

### **Comment éviter la maladie de Lyme ?**

Pour éviter la maladie de Lyme, il faut adopter pour les promenades en forêt ou dans l'herbe haute des vêtements couvrants, de couleur claire, utiliser des anti-moustiques efficaces contre les tiques et s'examiner pour enlever la tique aussi rapidement que possible (dans les 24 à 36 heures après la piqûre). Il faut aussi traiter les animaux domestiques et les animaux d'élevages pour éviter l'installation des tiques dans l'environnement et leur éviter de contracter la maladie. Pour enlever une tique il faut éviter d'appliquer tout produit

que ce soit et la retirer avec une pince fine en évitant de la toucher avec les doigts, désinfecter la piqûre et conserver la tique pour la recherche de spirochète. L'antibiothérapie peut être efficace aux trois stades de la maladie.

N.B. L'association Les Nymphéas aide et renseigne les malades souffrant de la maladie de Lyme.

[www.lesnymphéas.org](http://www.lesnymphéas.org)



**La corticothérapie  
locale en  
ophtalmologie**

**Par le Dr. Pierre-Yves ROBERT,  
CHU Limoges.**

Les corticoïdes locaux constituaient il y a vingt ans une exclusive thérapeutique dans beaucoup de pathologies oculaires. Leurs indications se réduisent actuellement par l'avènement d'autres armes thérapeutiques, et par une meilleure connaissance de leurs effets secondaires.

### **I. Les molécules disponibles**

Sept molécules sont disponibles par voie topique en ophtalmologie, associées ou non à un antibiotique : Hydrocortisone et Prednisolone (qui ont l'action anti-inflammatoire la moins forte), Dexaméthasone (qui a l'activité anti-inflammatoire la plus forte), Fluorométholone et Rimexolone (qui ont l'action la plus modérée sur la tension intra-oculaire), et deux molécules dérivées (loteprednol et medrysone).

### **II. Principales indications des corticoïdes locaux en ophtalmologie**

#### **1. Traitement des uvéites.**

Le traitement de toute inflammation avérée intra-oculaire repose sur la

corticothérapie locale, jusqu'à 1 goutte de dexaméthasone collyre 6 fois par jour. le traitement doit être adapté en dose et en durée à l'évolution de l'inflammation intra-oculaire et au dépistage des complications, notamment sur la pression intra-oculaire et l'épithélium cornéen.



Fig. I. Uvéite antérieure aiguë, avec précipités inflammatoires en triangle inférieur à la face postérieure de la cornée.



Fig. II. Séquelles d'uvéite antérieure : synéchies irido-cristalliniennes.

## **2. Diminution de l'inflammation post-opératoire :**

Les collyres cortisonés sont le traitement de référence après toute chirurgie à globe ouvert (vitrectomie, cataracte, trabéculéctomie perforante etc). Une goutte de Dexaméthasone 3 fois par jour pendant un mois est le traitement le plus courant.

## **3. Prévention du rejet de greffe de cornée**

Le rejet de greffe de cornée dépend avant tout de facteurs locaux (taille du greffon, présence de néovaisseaux, inflammation préalable). Dans le cas d'une kératoplastie transfixiante (de toute épaisseur), le rejet peut aboutir à l'opacification du greffon par atteinte de l'endothélium cornéen, et justifie un traitement corticoïde local pendant un an, jusqu'à ablation des sutures. En cas de greffe lamellaire (seule la partie antérieure de la cornée est greffée), les risques de rejet sont moins importants, et le traitement corticoïde peut être diminué.

## **4. Traitement de l'inflammation de surface oculaire.**

Les collyres cortisonés ont une indication controversée dans les désordres inflammatoires de la surface oculaire, en raison de leur effet délétère sur l'épithélium cornéen et de leur potentialisation infectieuse.

Dans les infections de la surface oculaire, la corticothérapie locale permet de diminuer l'apparition des séquelles post-inflammatoires, une fois que l'infection est contrôlée par les antibiotiques ou antiviraux. Une corticothérapie locale peut ainsi être prescrite dans certains cas de kératites virales (herpès, adénovirus), ou dans le zona ophtalmique.

Certaines affections de la surface oculaire comportent en revanche une composante inflammatoire importante, et relèvent d'une corticothérapie locale dans leurs formes sévères : kératoconjonctivites allergiques, ulcères cornéens périphériques de la polyarthrite rhumatoïde, ulcère de Mooren, kératite de Thygeson, etc.



Fig. III. Pemphigoïde cicatricielle oculaire. Inflammation de la surface

### **5. Autres indications**

La corticothérapie locale est également proposée dans les blépharites chroniques (par exemple associées à l'acné-rosacée) pour diminuer l'inflammation des glandes de meibomius, et limiter les séquelles cornéennes inflammatoires (nodules sous-épithéliaux et néovascularisation).

### **III. Toxicité des corticoïdes sur l'œil**

#### **A. Glaucome cortisoné**

Les glucocorticoïdes augmentent la pression intra-oculaire par une action directe sur les glycosaminoglycanes du trabéculum. Cette majoration de la tension est évaluée à 5 mmHg après 3 semaines de traitement chez le sujet jeune. Cet effet est surtout net en cas d'administrations locales (topique, latéro-bulbaire ou sous-conjonctivale). Le glaucome cortisoné se développe lorsque cette augmentation de la tension intra-oculaire est plus importante, sans qu'il soit possible d'en prédire le délai ni l'intensité. La prévention du glaucome cortisoné repose donc sur la stricte surveillance de la tension intra-oculaire chez les patients traités par corticoïdes locaux au long cours.

Cet effet est majoré en cas d'obstruction des voies lacrymales (ce critère doit être particulièrement pris en compte chez

l'enfant). Il est atténué par l'utilisation de corticoïdes à faible pénétration intra-oculaire (fluorométholone, rimexolone), mais ces collyres sont également susceptibles d'entraîner un glaucome cortisoné et l'utilisation de ces collyres au long cours doit comprendre une surveillance étroite de la pression intraoculaire.

#### **B. Cataracte cortisonée.**

La corticothérapie au long cours provoque une opacité de la capsule postérieure du cristallin caractéristique. 30 à 40% des patients recevant 10 mg de Prednisone pendant 2 ans présentent une cataracte, et presque 100% après 4 ans de traitement. La cataracte cortisonée est répertoriée selon une classification, et s'explique par des récepteurs spécifiques sur les cellules épithéliales cristalliniennes, ainsi que par une sensibilité de ces cellules in vitro à l'action des corticoïdes.

#### **C. Toxicité épithéliale cornéenne**

Les collyres cortisonés fragilisent l'épithélium cornéen et peuvent entraîner des ulcères de cornée, ou des retards de cicatrisation. Chez l'enfant, les risques d'amincissement voire de perforation cornéenne ne sont pas nuls, surtout lors de traitements prolongés. L'obstruction des voies lacrymales augmente la toxicité.

#### **D. Potentialisation infectieuse**

Dans les kératites herpétiques, les corticostéroïdes augmentent la réplication virale, et favorisent la sécrétion d'enzymes protéolytiques accélérant la lyse du stroma. Les collyres cortisonés sont donc strictement contre-indiqués dans les kératites herpétiques en phase de réplication virale. En revanche, un traitement

corticoïde adjuvant peut être proposé en deuxième intention, afin de réduire les réactions inflammatoires dans le stroma cornéen, sous strict contrôle ophtalmologique.

La crainte d'infections bactériennes décompensées ou découvertes sous corticoïdes locaux a fait se multiplier sur le marché les associations corticoïdes/antibiotiques, au point qu'en France, la plupart des collyres contenant des corticoïdes contiennent également un ou plusieurs antibiotiques. Les règles de bon usage des antibiotiques vont limiter l'utilisation de ces molécules au profit des corticoïdes purs, afin de ne pas inutilement sélectionner des bactéries résistantes

Cette potentialisation infectieuse virale est à prendre en compte dans les discussions concernant l'utilisation des corticoïdes locaux en prévention : par exemple dans l'utilisation postopératoire après chirurgie de la cataracte chez les patients qui ont des antécédents de kératite herpétique.

#### **IV. Contre-indications**

L'essentiel des contre-indications des corticoïdes locaux réside dans les infections actuelles de la surface oculaire. En particulier, toute suspicion d'infection aiguë herpétique, virale, fongique ou amibienne de la cornée est une contre-indication à la prescription de corticoïdes locaux. Pour cette raison, la prescription d'un collyre cortisoné est réservé au seul spécialiste ophtalmologiste.

#### **V. Evolutions actuelles**

L'évolution actuelle va incontestablement dans le sens d'une diminution des indications des corticoïdes en ophtalmologie à l'image de trois pathologies: la chirurgie de la

cataracte, l'allergie oculaire et la prévention du rejet de greffe de cornée.

#### **A. Chirurgie de la cataracte**

L'utilisation des corticoïdes locaux dans la chirurgie de la cataracte est de plus en plus remise en cause par l'évolution des techniques chirurgicales. Les incisions sont de plus en plus petites (jusqu'à moins de 3 mm), les temps opératoires diminuent (parfois en-dessous de 15 mn), les techniques d'extraction actuelles permettent de limiter l'énergie délivrée à l'intérieur de l'œil, l'utilisation de solutions visco-élastiques protègent les structures endoculaires, et les implants (biomatériaux, traitement de surface) sont mieux tolérés. Par ailleurs, les nouveaux anti-inflammatoires non stéroïdiens (Kétorolac, Selocoxib) offrent un bon contrôle de l'inflammation post-opératoire, avec de moindres effets secondaires.

#### **B. Traitement de l'allergie oculaire**

L'allergie de surface représentait naguère un nombre important de prescriptions de corticoïdes en ophtalmologie. La meilleure compréhension des mécanismes de relargage de l'histamine et l'avènement de nouveaux anti-histaminiques locaux (lévocabastine, émédastine, azélastine, pémirolast) réserveront aux corticoïdes de rares indications, dans les formes résistantes les plus graves.

#### **C. Prévention du rejet de greffe de cornée**

Durant la première année après une greffe de cornée, les doses de corticoïdes locaux sont importantes, et les effets secondaires, en particulier l'hypertonie intraoculaire et les troubles de cicatrisation épithéliale, sont fréquents.

Ces effets secondaires sont évités par l'utilisation, de plus en plus répandue, du collyre à la ciclosporine à 2%. D'action plus efficace sur l'arc efférent du rejet de greffe, il est mieux supporté, mais n'est pas encore commercialisé. Les différentes indications corticoïdes/ciclosporine sont encore à définir dans cette indication.

## RÉFÉRENCES

Bechetoille A. Hypertonies et glaucomes cortisoniques. in Bechetoille A: Glaucomes. Ed. Japperenard, Paris, 1987;428-430.  
 Offret H, Bodaghi B. Effets indésirables des corticoïdes sur les viroses oculaires. In Offret H: Œil et Virus. Ed. Masson, Paris, 2000:481-486.  
 Streeten BW. Cataract induced by drugs. in Albert DM, Jakobiec FA: Principles and practice of ophthalmology. Ed. WB Saunders, Philadelphia, 1994:2216  
 Cullom RD, Chang B. The Will's eye manual: office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease. Ed. JB Lippincott, Philadelphia, 1990.

Tableau 1. Collyres cortisonés (monothérapie) disponibles en France, en Allemagne et aux Etats-Unis.

	Hydrocortisone	Prednisolone	Fluorometholone	Dexamethasone	Rimexolone	Loteprednol etabonate	Medrysone
France		Solucort ophtha	Flucon	Maxidex	Vexol		
Allemagne	Ficortril Hydrocortisone POS	Inflanefran Inflanefran forte Predni-oph Prednisolone-Jpharm Predni-POS Ultracortenol	Efflumidex Fluoropos Fluoro-Ophthal	Dexa-EDS Dexamethason-Jpharm Dexapos Dexagel Dexa-sine SE Isopto-Dex Spersadex Totocortin	Vexol	Lotem ax	
USA		AK-Pred Econopred Econopred Plus Inflamase Forte Inflamase Mil Pred Forte Pred Mild Prednisol Prednisolone oph	Flarex Fluorometholone oph FML Liquifilm Fluor-Op FML S.O.P. FML Forte Liquifilm Eflone	AK-Dex Decadron Ocumeter Dexasol Maxidex Dexamethason oph	Vexol Rimexolone oph	Alrex Lotem ax	Medrysone oph HMS



### Les génériques

Depuis quelques mois les pharmaciens nous proposent le PREDNISONE, générique de CORTANCYL. Est-ce bien le même médicament ?

J'ai téléphoné aux différents laboratoires proposant le prednisone.

J'ai été agréablement surprise par la disponibilité, l'écoute, le sérieux, la gentillesse et la compétence de mes différents interlocuteurs.

OUI la molécule de base (principe actif) est la même : même quantité même qualité.

MAIS les excipients sont différents, en quantité et qualité moléculaire.

Ce sont donc des bio-équivalences.

Un seul excipient a des effets notoires connus : le lactose monohydrate. Cependant, avant d'accepter que votre pharmacien remplace le Cortancyl prescrit par un générique, demandez conseil à votre ophtalmologiste prescripteur. Si vous le souhaitez, les laboratoires peuvent vous adresser les fiches comparatives des différentes spécialités.

ML



## Les nouvelles

### Café-Rencontre

A la demande de nos adhérents parisiens, nous avons organisé le jeudi 21 juin 2006 une rencontre à la cafétéria du pavillon Babinski de l'hôpital de la Salpêtrière. Huit personnes étaient présentes et six se sont excusées.

Le but de cette rencontre était de permettre aux personnes malades de mettre en commun leurs doutes, leurs expériences, leurs espoirs et de leur apporter des explications et des amorces de solution à leurs problèmes.

Une seule personne n'était pas adhérente et sortait de consultation. Elle était très inquiète et refusait le traitement à la cortisone proposé par le médecin. J'espère que nos explications lui ont redonné confiance et optimisme.

Il me semble important de favoriser les contacts, les échanges et les discussions, chacun ayant une expérience unique, toujours enrichissante à faire partager.

Il est important de ne pas rester seule face à la maladie

Si vous avez un peu de temps disponible n'hésitez pas à nous solliciter pour organiser d'autres « cafés-rencontres » en province ou en région parisienne.

ML



### Maisons départementales de l'handicap

La maison Départementale des Personnes Handicapées de Paris (MDPH 75) ouvrira ses portes début 2007 au 69 rue de la Victoire dans le 9<sup>ème</sup> arrondissement.

Adresses provisoires pour les adultes : 204 Quai de Jemmapes 75010 Paris ex COTOREP), pour les enfants : 44 rue Alphonse Penaud 75020 Paris (ex CDES)

numéro vert : 0 805 80 09 09

site Internet : [www.handicap.paris.fr](http://www.handicap.paris.fr)

Vous trouverez la liste des adresses des MDPH sur le site [www.handicap.gouv.fr/rubrique.php3?id\\_rubrique=38](http://www.handicap.gouv.fr/rubrique.php3?id_rubrique=38)

### Les aliments sans sel

Produits sans sel en vente sur le Net : [www.produitsanssel.com](http://www.produitsanssel.com)

Adresse postale: Produitsanssel.com : 2 rue Quinconces 91230 Montgeron  
Fax 0169036601

**La prochaine marche maladies rares aura lieu le samedi 9 décembre 2006, Départ, Hôpital Broussais à 14h30. VENEZ NOMBREUX**

### Appel à témoignage :

Inflam'œil a le projet de préparer un livre de témoignages de malades souffrants d'uvéite. Merci de soutenir ce projet en envoyant vos témoignages à l'adresse suivante :

Inflam'œil 13 rue Dubrunfaut, 75012  
ou par mail : [inflammoeil@yahoo.fr](mailto:inflammoeil@yahoo.fr)

- Directeur de publication : Mme Claude ANDRIEUX
  - Comité de rédaction : Mme Martine LABORDE et M. Gilles SAURAT
  - Conception et réalisation : Melle Joëlle MASLÉ
- Journal trimestriel Dépôt légal: 3ème trimestre 2006 ISSN: 1760-155X