

INFLAM'OEIL

30 bis, rue Bergère
75009 PARIS

TYNDALL

BULLETIN D'INFORMATIONS

ET D'ÉCHANGES

N° 3 Novembre 2003

SOMMAIRE

1. Le mot du Président
2. Le conseil d'administration
3. Le mot de l'ophtalmologiste
4. Le mot de la néphrologue
5. La boîte aux lettres de TYNDALL
6. Le bon à savoir
7. La carte de France des contacts
INFLAM'OEIL

LE MOT DU PRÉSIDENT

Vous êtes toujours plus nombreux à nous encourager dans notre démarche, nous vous en remercions. Il est vrai que les administrateurs que vous avez élus travaillent d'arrache pied pour vous apporter toujours plus de clarté, de lisibilité tout en rendant l'information que nous vous dispensons attractive et utile.

Le comité de rédaction se remet constamment en cause et cherche de nouvelles idées.

Le moment est venu, avec l'arrivée de ce troisième numéro, de nous faire part des réactions, critiques, en un mot des suggestions sur la forme et le contenu des rubriques...

Ces numéros sont établis pour vous et constituent la dépense la plus importante de l'association, aussi, dans le souci d'un apport toujours plus pertinent et juste nous comptons sur votre sens critique. Pour une fois, inversons un peu les rôles : à vos plumes !

JY BOZEC



ADMINISTRATEURS ? CONSEIL D'ADMINISTRATION ? QUOI DE NEUF ?

INFLAM'OEIL association selon la loi de 1901, c'est d'abord des membres et vous connaissez votre rôle primordial d'adhérent.

Une association, microcosme démocratique, **c'est aussi des administrateurs élus** (15 pour Inflamm'œil)

Ceux-ci constituent le conseil d'administration, comme vous le savez si vous exercez cette fonction au sein d'une association.

Cette fonction est peut-être un peu mystérieuse...

La boîte de réception des messages électroniques s'agite de plus en plus frénétiquement signe que les neurones pétillent, que les actions en cours avancent et que la prochaine réunion du C.A. approche (tous les administrateurs en place sont informatisés et connectés sur Internet, ce qui facilite bien sûr les échanges),

Et il y a des messages de toutes sortes :

- des "techniques", ficelés de main de maître par la secrétaire : courrier à approuver, convocation au prochain C.A., et compte-rendu du précédent (7 pages en moyenne...)
- des méthodiques et rigoureux, concoctés par le président, des mises au point qui synthétisent et recadrent les rôles et actions.
- des volumineux (car il y a des volubiles), mais intéressants, pour meubler nos longues soirées.
- des "obèses" (les messages pas les expéditeurs), qui saturent et bloquent votre boîte de réception (à l'approche de l'édition de TYNDALL), qui vous poussent vers l'abonnement à haut débit.
- des brefs et piquants selon l'humeur et le caractère de chacun
- des humoristiques, car il est bon de se détendre et ne pas se prendre trop au sérieux.

Cette débauche de communication (dévoreuse d'encre et de papier) permet de "débroussailler" le terrain, de gagner du temps et de l'efficacité lors des conseils, chacun ayant examiné les documents de travail et de réflexion.

La réunion du C.A. rassemble en moyenne 12 membres sur 15 (il y a toujours un peu d'absents ou d'excusés), qui viennent d'horizons aussi divers que l'Aude, le Calvados, la Drôme ou la Loire-Atlantique.

A chaque séance la trésorière présente l'état des finances avec une minutie perfectionniste (alors que la comptabilité n'est pas son métier).

Les résolutions sont prises pour entériner les travaux préparés à l'avance, décider des actions futures, et les répartir (comme par exemple la rédaction de cet article). Chaque poste du bureau est doublé, et chaque action est menée par un pilote et un co-pilote, ainsi nous limitons le risque de "gel" d'une fonction par carence de l'un ou de l'autre.

Lors des C.A., les échanges sont nombreux, vifs à certains moments mais courtois.

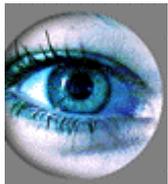
Selon les cas, les postes et les caractères l'un (ou l'une), anime, l'autre modère ou bien discipline. Tout ce petit monde se réunit le samedi de 11 heures à 17 heures 30, avec une pause casse-croûte d'une ½ heure (à huit reprises depuis le début de cette année).

Chaque administrateur apporte sa pierre à la construction de notre association, pour sa bonne marche, en fonction de sa disponibilité et de ses compétences, bien entendu dans le plus strict bénévolat ...

QUOI DE NEUF :

Dans sa séance du 13 septembre dernier et par suite de leur indisponibilité momentanée, Carla RIBEIRO et Stéphane NIÉ ont été remplacés dans les fonctions qu'ils occupaient en tant que membres du bureau respec-

tivement par Claude ANDRIEUX comme secrétaire adjointe et par Joelle MASLÉ, provisoirement, comme Trésorière Adjointe.



**LE MOT DE
L'OPHTALMOLOGISTE
Dr F. PERRENOUD**

**INTERET DE L'EXAMEN
ECHOGRAPHIQUE DE L'OEIL
DANS LES UVEITES**

L'échographie a été proposée pour l'exploration du globe oculaire dès le milieu des années 50.

Le principe est d'analyser, grâce à un appareillage adapté, l'image donnée par la réflexion d'un faisceau d'ultrasons émis par une sonde en direction des différentes structures anatomiques de l'œil. L'appareil mesure le temps mis entre l'émission et celui de la réception de la réflexion du faisceau d'ultrasons et en déduit une distance.

Deux modes d'échographie sont utilisés en ophtalmologie :

Le mode "A", le plus ancien, consiste à interpréter les inflexions d'une ligne par rapport à une ligne de base, chaque structure de l'œil se traduisant par un pic ou une série de pics correspondant à "l'écho" de cette structure.

La morphologie et l'amplitude des pics permettent au praticien entraîné de reconnaître les différentes parties de l'œil normal rencontrées par le faisceau d'ultrasons. Les modifications de l'échogramme alertent l'examineur.

Le mode "B" est actuellement le plus utilisé : en effet, l'échogramme n'est plus linéaire mais il représente une

coupe en deux dimensions du globe oculaire dont l'analyse est ainsi plus accessible. La définition des images est devenue de très bonne qualité et permet de mettre en évidence de très fins éléments au sein de l'œil tels les éléments inflammatoires qui sont présents dans le vitré (gel qui est à l'intérieur de l'œil) lors des uvéites.

Cette bonne définition est obtenue grâce à la fréquence très élevée des sondes utilisées en ophtalmologie, de trois à cinq fois plus élevée que celles utilisées en obstétrique, par exemple.

Il n'est pas dans le sujet de cet article de préciser tous les types d'uvéites ou leur causes, aussi nous allons imaginer deux principales situations qui font demander une échographie lors d'une uvéite :

Quand le fond d'œil n'est pas analysable parce que les milieux sont opaques.

En cas de cataracte (opacification de la lentille qui fait la mise au point de l'œil).

Selon le type de la cataracte, l'échographie oriente le diagnostic, vers une uvéite bas bruit, chronique, qui se complique de cataracte (cyclite de Fuchs) ou vers une uvéite, assez rare, dans laquelle c'est la cataracte elle même (quand elle est très importante) qui se complique d'uvéite...

En cas de trouble vitréen important : l'échographie distingue les échos d'une hémorragie vitréenne de ceux d'une hyalite (présence de cellules inflammatoires dans le vitré) associée à l'uvéite.

En effet l'image échographique d'une hémorragie est différente de celle d'une hyalite.

En cas d'hémorragie ayant diffusé dans le vitré, le sang se modifie et la coagulation de la fibrine qui est un composé du sang, donne des "flocons" caractéristiques.

En cas de hyalite, les opacités sont fines et disséminées dans toute la cavité vitrénne avec, assez souvent, organisation de ces échos en fin réseau (photo ci-dessous).

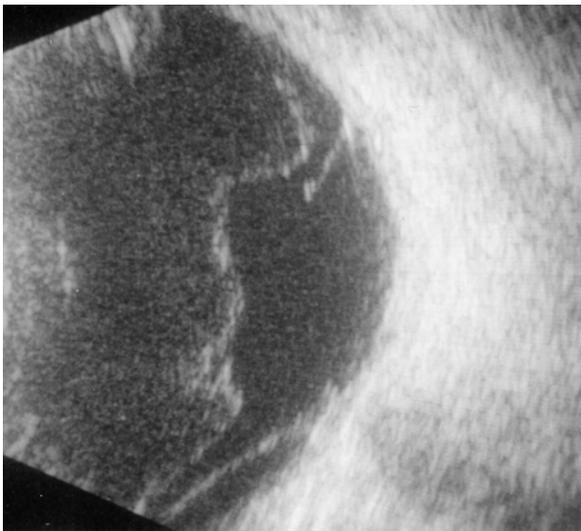


PHOTO : HYALITE

Si une hyalite est confirmée par l'échographie, celle-ci analyse aussi la paroi du globe, et selon les modifications de celle-ci, pourra orienter le diagnostic d'autant plus que le trouble vitrén empêche son examen approfondi.

Si l'uvéite est d'origine parasitaire, la présence de certains parasites comme le toxocara canni ou le kyste hydatique donne des images très évocatrices. Les foyers inflammatoires du toxoplasme (toxoplasma gondii), s'il sont plus fréquemment observés, sont moins spécifiques.

Certaines uvéites sont associées à des maladies des cellules sanguines, comme certains lymphomes qui donnent des modifications de la paroi qui font évoquer le diagnostic...

Dans certaines tumeurs, l'image de celle-ci à l'échographie permet de préciser le type de la tumeur et d'orienter le bilan clinique soit à la recherche d'une diffusion à distance d'une tumeur primitive (c'est-à-dire venant des tissus oculaires) soit à la recherche d'une tumeur primitive à distance en cas d'image évoquant une métastase oculaire (présence dans l'œil de cellules venant d'une tumeur située dans un autre organe).

Certaines uvéites sont d'origine auto-immune : dans ce cas, certains tissus de l'œil sont attaqués par des anticorps produits par le patient lui-même. Là encore l'échographie permet d'orienter le diagnostic vers telle ou telle affection (maladie de Vogt Koyanagi Harada (photo ci-dessous).

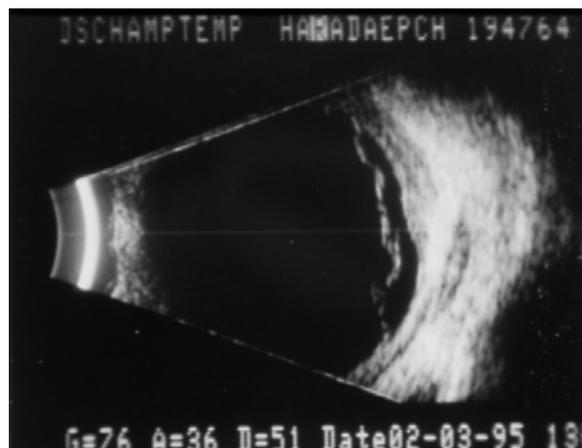


PHOTO : MALADIE DE HARADA

Dans certains cas, le vitré inflammatoire se modifie et des brides de vitré apparaissent et, en adhérent à la rétine, peuvent provoquer une traction sur celle-ci responsable de décollement de rétine. L'échographie précise l'existence, le siège et la morphologie de celui-ci. En effet, les brides de vitré, très denses, empêchent l'examen ophtalmoscopique de la rétine sous-jacente.

Parfois l'uvéïte s'accompagne d'une inflammation de la sclère (enveloppe blanche de l'œil), ou de l'épisclère (petite membrane qui enveloppe la sclère) ou, plus en périphérie de l'œil encore, de la capsule de Tenon. L'inflammation de ces structures n'est pas visible quant les structures touchées sont derrière l'œil : seule l'échographie va pouvoir la reconnaître devant des modifications quasiment spécifiques.

Ainsi l'échographie est un examen très précieux dans l'exploration des uvéïtes :

- ↳ Elle est d'une parfaite innocuité et indolore. Elle nécessite néanmoins un opérateur entraîné possédant une bonne connaissance des traductions échographiques des pathologies explorées.
- ↳ Elle oriente le diagnostic dans de nombreux cas et guide le clinicien dans sa recherche de la cause de l'uvéïte et dans le traitement de celle-ci.



LE MOT DE LA NÉPHROLOGUE

CICLOSPORINE ET UVEÏTE DE BIRDSHOT

Docteur I. TOSTIVINT

Chef de Clinique dans le Service de
Néphrologie

Professeur DERAY

Hôpital de la PITIE-SALPETRIERE
Découverte en 1963, la Ciclosporine a révolutionné la transplantation d'organes en diminuant nettement les rejets. Il s'agit d'un médicament immunosuppresseur, c'est-à-dire qu'il "endort" le système immunitaire,

impliqué non seulement dans le rejet d'organes mais également dans certaines maladies auto-immunes.

Depuis le milieu des années 1980, elle est utilisée dans de nombreuses maladies auto-immunes et particulièrement dans l'uvéïte de Birdshot. Les principales complications de la prise de Ciclosporine au long cours sont liées à la suppression du système immunitaire à savoir le risque augmenté de développer des infections, de même que le risque "théorique" de se défendre moins bien contre les cancers et donc d'en développer plus souvent.

Ceci a surtout été démontré chez les patients transplantés qui reçoivent, en association avec la Ciclosporine, d'autres médicaments immunosuppresseurs. A côté de ces risques au long cours, liés à tout immunosuppresseur, la Ciclosporine présente un risque propre de toxicité rénale : elle peut effectivement entraîner une insuffisance rénale reflétée par l'augmentation de la créatininémie et elle peut induire une hypertension artérielle nécessitant dans 80% des cas un traitement anti-hypertenseur. Il existe par ailleurs des risques métaboliques avec augmentation du cholestérol, de l'acide urique, du potassium et de l'urée.

La Ciclosporine est en général bien tolérée surtout si on surveille régulièrement les ciclosporinémies grâce à un dosage que l'on appelle T0 c'est-à-dire avant la prise du matin, et au dosage du T2 c'est à dire précisément après l'ingestion du médicament le matin. La prise de ciclosporine n'oblige à aucun régime particulier.

La Ciclosporine se prend en deux fois, il est important de faire attention aux interactions médicamenteuses et le médecin référent devra toujours être averti de l'introduction d'un nouveau médicament. Par ailleurs, certains jus de fruits comme le jus de pamplemousse interagissent avec le métabolisme de la Ciclosporine et sont à boire en quantité modérée. Afin de vérifier l'absence d'anomalies rénale, et d'ordre général (absence de cancer, absence d'infection patente), le patient sera hospitalisé dans le service de néphrologie pendant environ 3 jours. Il y subira des analyses de sang et d'urines. On mesurera sa pression artérielle sur toute une journée plus toute la nuit. On vérifiera la normalité des reins par échographie rénale. Le patient sera réhospitalisé après l'hospitalisation initiale pour vérifier la tolérance néphrologique de la Ciclosporine, c'est-à-dire le bon fonctionnement du rein et la normalité de la pression artérielle. Cette hospitalisation sera courte de 24 h voire en hôpital de jour à 1 mois, 3 mois, 6 mois, puis une fois par an pendant toute la durée du traitement et même après l'arrêt du traitement afin de vérifier la normalité de la fonction rénale. Depuis 1986 environ une trentaine de patients ont été admis dans le service de néphrologie et pour la plupart la tolérance du produit a été bonne moyennant une surveillance rapprochée néphrologique. Certains ont même pu arrêter le traitement par Ciclosporine puisque le résultat sur l'uvéïte était tout à fait satisfaisant.

Au total, il est essentiel d'être suivi par un néphrologue coopérant

avec l'ophtalmologiste en cas de prescription de la Ciclosporine car les néphrologues sont les médecins les plus à même de gérer les éventuelles complications d'ordre rénal de ce médicament, d'autant qu'il s'agit d'un médicament pris sur un long terme de deux à plusieurs années. Même si la surveillance du traitement par Ciclosporine paraît contraignant, ce médicament reste un excellent médicament qui permet, dans la plupart des cas, de diminuer la dose des corticoïdes et donc de leurs effets secondaires.



LA BOITE AUX LETTRES DE TYNDALL

Des malades sous ciclosporine depuis plusieurs années, aimeraient connaître un moyen efficace afin de soulager l'hypertrophie gingivale liée au traitement.

Téléphonez à Martine Laborde au : 06.12.83.93.63 qui transmettra.



LE BON A SAVOIR

Scolaire :

6000 postes d'Auxiliaires de Vie Scolaire (**A.V.S.**) dédiés aux élèves en situation d'handicap ont été mis en place , à la rentrée 2003/2004.

Contactez l'inspecteur d'éducation nationale spécialisée : adaptation éducation scolaire, ainsi que le médecin scolaire.

Les Auxiliaires de Vie Scolaire (AVS)

1. Qui sont-ils ?

Ces personnes aident les élèves à accomplir les gestes techniques dans leurs activités scolaires et périscolaires, permettant ainsi l'intégration dans toutes les activités, suivant l'handicap de l'élève.

2. Que font ils ?

- Installation matérielle de l'élève au sein de la classe.
- Ecrire ou manipuler le matériel dont l'élève a besoin.
- Aide aux interclasses, à la cantine, à la garderie....
- Accompagnement dans les sorties de classe occasionnelles ou régulières.
- Présence pour les activités physiques et sportives, dès lors que l'accessibilité des aires de sport est effective.
- Collaboration au suivi des projets d'intégration (rencontres avec les familles, les équipes éducatives).

Les AVS suivent une formation à certains gestes d'hygiène, ou à certaines manipulations ne requérant pas de qualification médicale.

Renseignements :

Handiscol tél : 08 01 55 55 01

Lecture :



Si vous appréciez la lecture et que votre vue est déficiente : Il existe une bibliothèque du livre édité en gros caractères : Prêt sur place, ou par correspondance, sur toute la France

Renseignements au : 01 42 41 48 92

Maladie rare :



Devant l'intérêt qu'INFLAM'ŒIL porte à l'épidémiologie des uvéites, Nous sommes en mesure de confirmer que leur incidence et leur prévalence restent faibles avec approximativement 17/100.000 et 35/100.00 habitants.

Néanmoins ces chiffres englobent des identités diverses et hétérogènes parfois sans aucun point commun étiologique mais responsables de différents types d'inflammations oculaires.

La plupart des sous-groupes pourraient être considérés comme « une maladie rare »

Dans ces conditions, on comprend la décision prise par notre conseil d'administration visant à accélérer la création du Conseil Scientifique, prévu par les Statuts pour dynamiser la recherche.

Ce dernier devrait être présenté lors de notre **Assemblée Générale Ordinaire** qui se tiendra le

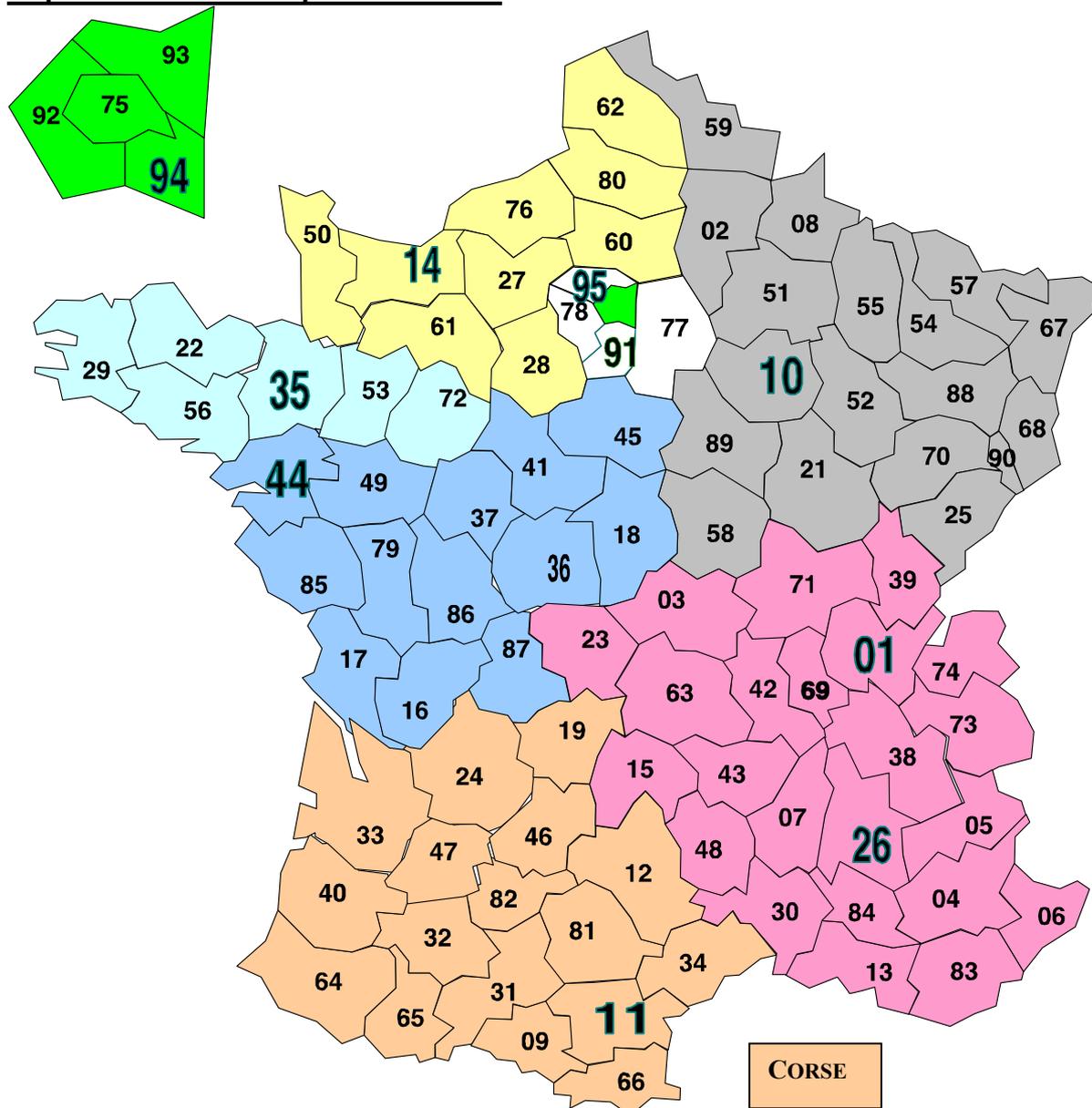
SAMEDI 7 FEVRIER prochain à PARIS

RETENEZ CETTE DATE



Nous comptons sur votre présence

Départements limitrophes et Paris :



**CONTACTEZ - NOUS
LES
CORRESPONDANTS
"INFLAM'OEIL"
SONT A VOTRE
ÉCOUTE**

ILE - DE - FRANCE	Nord	06 76 84 79 55	95
	Centre	06 12 83 93 63	94
	Sud	06 60 79 03 23	91
Nord Ouest	Bretagne	06 75 97 14 50	35
	Normandie	06 80 35 71 57	14
	Pays de Loire	06 89 05 57 60 ou 02 40 72 46 21	44
Nord Est		03 25 78 38 02	10
Sud Est		06 21 65 66 61	01
		06 63 95 93 68	26
Sud Ouest		06 76 88 00 13	11

- Directeur de publication : M. Jean-Yves BOZEC
 - Comité de rédaction : Mme Martine LABORDE,
Messieurs Gilles et Mathieu SAURAT
 - Conception et réalisation : Melle Joëlle MASLÉ et M. Michel VAUTIER
- Journal trimestriel Dépôt légal : 4^{ème} trimestre 2003 ISSN : 1760-155X