

INFLAM'ŒIL

13 rue Dubrunfaut

75012 PARIS

Tél. : 01 74 05 74 23

>SIREN N° 451 386 544 APE N° 00014

Site internet : www.inflamoeil.org

Courriel : inflamoeil@yahoo.fr

TYNDALL

Bulletin d'Informations

et

d'échanges

N°17

JUIN

2007

SOMMAIRE

1. L'éditorial de la Présidente
2. La maladie de Behçet
3. Quelles démarches pour aider votre enfant ?
4. Les vitamines et les yeux
5. Articles scientifiques
6. Témoignage
7. Manifestations
8. Permanences
9. La boîte aux lettres de Tyndall
10. Le bon à savoir

Chers amis,

La maladie de Behçet illustre bien la complexité des pathologies associées aux uvéites rares. Dans ce numéro de Tyndall, le Docteur Renaud-Rougier met l'accent sur la diversité des manifestations oculaires de cette maladie et souligne les avancées thérapeutiques importantes. Parmi ces traitements, l'interféron alpha fait l'objet d'une nouvelle rubrique « articles scientifiques » dans laquelle nous résumerons désormais quelques articles

publiés sur les uvéites et leurs traitements. La maladie de Behçet est également illustrée par le témoignage d'une adhérente de l'association française de la maladie de Behçet que nous remercions.

Merci également à Nadine dont l'article illustre le parcours difficile des parents pour aider leur enfant souffrant d'uvéite à réussir leur intégration scolaire. N'hésitez pas à nous faire part de votre expérience.

Notez le changement de date du forum grand public annoncé dans Tyndall 16. Il aura lieu le 20 septembre à 14h à l'hôtel Méridien-Etoile, porte Maillot à Paris dans le cadre du grand congrès international organisé par le Professeur Le Hoang.

Avant de partir en vacances, n'oubliez pas, si vous ne l'avez pas déjà fait, d'adhérer ou de faire un don à Inflamm'œil, nous avons besoin de votre soutien.

Claude Andrieux



La Maladie de Behçet
Dr Renaud -Rougier
CHU Bordeaux

Introduction

La maladie de Behçet (MB) est une maladie décrite pour la première fois en 1937 par un médecin turc, le Dr Hulusi Behçet. A l'origine, cette maladie regroupait un ensemble de 3 signes : des aphtes buccaux, des ulcères génitaux et un hypopion, c'est-à-dire la présence de pus dans la chambre antérieure de l'œil. Aujourd'hui, on peut définir la MB comme une maladie inflammatoire de cause inconnue, évoluant sur un mode chronique et récidivant, et touchant plusieurs organes. La lésion élémentaire à l'origine de toutes les lésions est une vascularite occlusive. Cela correspond à une inflammation des vaisseaux (artères et/ou veines) qui se complique d'oblitération de ces mêmes vaisseaux.

Epidémiologie

La MB existe partout, mais elle est plus fréquente dans certaines populations, particulièrement celles situées sur l'antique Route de la Soie : Turquie, Irak, Iran, Corée et Japon. La MB peut débuter à n'importe quel âge, mais l'âge moyen se situe autour de la troisième décennie. Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes dans les pays où la MB est répandue, alors qu'en Europe de l'Ouest et aux USA, c'est l'inverse. En revanche, quelle que soit la région, les formes sont plus sévères chez les sujets mâles. C'est une maladie grave dont la sévérité est maximale durant les premières années d'évolution et s'atténue ensuite.

Etiologie

Même si l'étiologie de la MB n'est pas connue, il existe une intrication de facteurs favorisants. En premier lieu, des facteurs génétiques comme la présence du génotype B5 et de son sous-type B51 sur l'antigène d'histocompatibilité (HLA). Mais d'autres gènes impliqués dans les phénomènes de réaction inflammatoire joueraient également un rôle favorisant dans la MB. Des agents infectieux pourraient également intervenir dans le déclenchement de la maladie, comme le virus de l'herpès (HSV1), ou des bactéries de la famille du streptocoque. Comme dans bon nombre des uvéites, des auto-antigènes sont vraisemblablement impliqués aussi dans la cascade inflammatoire complexe qui prélude à chaque poussée de la MB.

La Maladie de Behçet, une maladie polyviscérale.

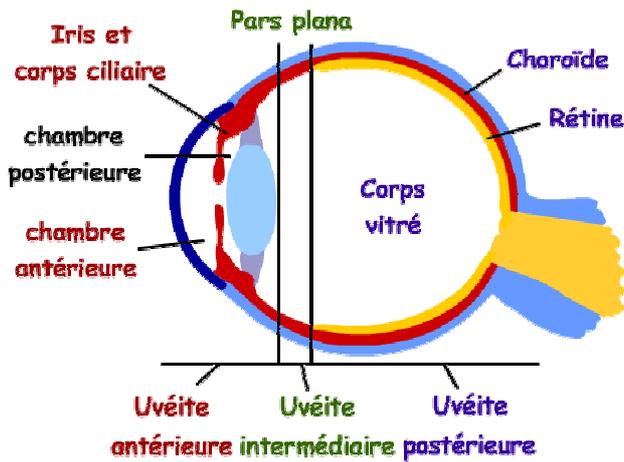
Les aphtes buccaux représentent le signe à la fois le plus fréquent et le plus précoce de la MB. Très douloureux, ils peuvent parfois empêcher de s'alimenter. Ils surviennent souvent dans les jours qui précèdent une poussée de la maladie.

Les aphtes génitaux arrivent en second par ordre de fréquence, et concernent aussi bien les hommes que les femmes.

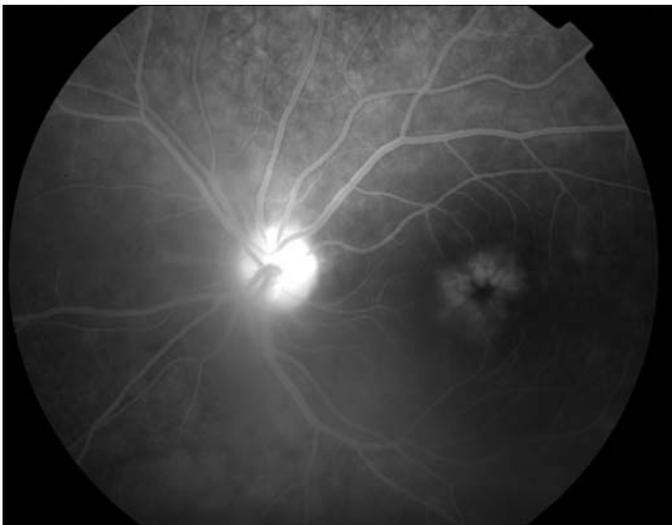
Les lésions cutanées sont également très fréquentes (80% des patients), et sont souvent localisées sur les jambes.

L'atteinte oculaire concerne plus de 50% des patients. L'œil est rarement le premier organe atteint (20% des cas). L'uvéite survient classiquement 2 à 4 ans après le début de la maladie. Elle se manifeste sous la forme d'une atteinte du segment antérieur de l'œil et/ou du segment postérieur.

Classification des uvéites



L'uvéite antérieure prend les signes classiques que l'on retrouve dans les autres étiologies (baisse de vision, rougeur, douleur, myosis, précipités derrière la cornée, synéchies entre l'iris et le cristallin) auxquels s'ajoute en cas d'inflammation sévère et ayant duré plusieurs jours sans traitement corticoïde, un hypopion ; celui-ci est stérile et correspond à la dégradation des globules blancs présents en très grand nombre.



Angiographie de l'œil gauche d'une patiente atteinte de maladie de Behçet mettant en évidence un œdème papillaire et un œdème maculaire.

Même indolore, l'uvéite postérieure est plus inquiétante car c'est au niveau de

la rétine que les vascularites sont susceptibles de provoquer des occlusions vasculaires pouvant se compliquer d'ischémie de la rétine et/ou d'un œdème maculaire, et donc de baisse de vision importante.

L'inflammation du vitré est constante. Les vascularites au début ne se manifestent que par des anomalies des parois des vaisseaux que l'on peut voir lors de l'examen du fond d'œil ou à l'angiographie à la fluoresceïne. Cet examen reste indispensable pour diagnostiquer les oblitérations vasculaires. D'autres complications peuvent émailler l'évolution de l'atteinte oculaire, comme la cataracte ou le glaucome.

Enfin, d'autres organes peuvent être concernés, comme les articulations, le système nerveux, le système digestif ou le système auditif.

Comme les manifestations de la MB sont variables, et qu'il n'y a pas de lésions histologiques typiques que l'on pourrait mettre en évidence avec des biopsies, le diagnostic n'est pas facile. Il repose sur l'association d'un certain nombre de critères qui reprennent les signes que nous venons d'évoquer. Dans l'absolu, la maladie est certaine si on retrouve les 4 critères considérés comme majeurs (aphtes buccaux et génitaux, lésions cutanées et atteinte oculaire).

Le traitement de la MB

Comme c'est une maladie polyviscérale, il repose sur la coopération entre interniste et ophtalmologiste. En première intention, le traitement classique est représenté par la corticothérapie locale et /ou générale en fonction de la clinique. Les injections péri-oculaires de corticoïdes ont également leur place. Si la maladie n'est pas contrôlée avec la corticothérapie seule, ou si la cortico-

thérapie est mal supportée, d'autres médicaments peuvent être utilisés : des immunosuppresseurs (azathioprine, methotrexate), des immunomodulateurs (ciclosporine), des agents alkylants (chlorambucil, cyclophosphamide), des anti-inflammatoires (colchicine). A côté de ces traitements « traditionnels », on est de plus en plus souvent amené à utiliser d'autres agents anti-inflammatoires puissants : thalidomide, interferon alpha et anti-TNF (Tumor Necrosis Factor) alpha. Quel qu'il soit, le choix doit être concerté entre médecins et patient, car malgré leur efficacité, aucun n'est dépourvu d'effets secondaires. Les anti-TNF semblent promis à un bel avenir dans la MB car ils agissent vite et efficacement, mais leur utilisation récente ne permet pas de connaître leurs effets à très long terme.

Conclusion

La MB est une maladie qui peut menacer la vision et qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. Sur le plan physiopathogénique et thérapeutique, la recherche permet d'améliorer la compréhension de cette pathologie et son pronostic.



Pour plus d'informations sur la maladie de Bèçhet vous pouvez consulter le site de l' *Association Française de la Maladie de BEHCET* :

www.asso.orpha.net/ADB7/index.html



Quelles démarches pouvez vous entreprendre pour aider votre enfant atteint d'uvéïte ?

C'est un véritable parcours du combattant qu'illustre le témoignage de Nadine.

Tout d'abord un petit lexique :

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées: adressez vous au pôle enfance. Depuis le 1^{er} janvier 2006, c'est le guichet unique au niveau départemental. Elle a pour mission d'organiser la mise en place et le fonctionnement de l'équipe chargée d'évaluer les besoins des personnes et d'élaborer un plan personnalisé de compensation. Elle reprend les fonctions de la CCPE : (Commission de circonscription pré-scolaire et élémentaire) qui établissait un projet spécifique écrit pour la prise en charge de l'enfant à l'école.

Elle héberge la Commission des droits et de l'Autonomie des personnes handicapées (**CDA**) qui fusionne les compétences de la CDES et de la COTOREP.

AEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

S'il est reconnu que l'enfant a

- un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 80%.
- un taux d'incapacité égal ou inférieur à 50% mais il bénéficie de soins d'éducation spéciale.

SIAM : Service d'intégration pour aveugles et malvoyants.

Inspection académique : Dans chaque département et chaque circonscription, il y a des inspecteurs de l'éducation nationale chargés de l'adaptation et de l'intégration scolaire.

CMP : Centre médico-psychologique Ces centres dépendent d'un hôpital. On peut y faire des démarches pour des prises en charge spécifiques (orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, psychomotricien, pédopsychiatre).

CMPP : Centre médico-psychopédagogique. Un peu similaire au CMP, il effectue une prise en charge

pluridisciplinaire de l'enfant. Les délais d'attente peuvent avoisiner 18 mois !

Pour toutes les demandes dans ces différents services, munissez-vous de certificats médicaux détaillés et précis décrivant la pathologie de l'enfant mais aussi les difficultés rencontrées au quotidien, qui sont engendrées par la pathologie.

Handicap visuel : Si l'enfant a un seul œil atteint et une acuité visuelle globale correcte, le handicap visuel risque de ne pas être reconnu. Il faut demander la réalisation d'un champ visuel. « L'ophtalmologiste a attesté pendant 4 ans que le champ visuel de mon fils était normal alors que l'examen n'avait jamais été réalisé et que son champ visuel s'est révélé perturbé sur les deux yeux ! » Or le handicap est reconnu s'il y a diminution de l'acuité visuelle et/ou du champ visuel. Cet examen n'est pas douloureux et très important pour estimer les capacités visuelles de l'enfant.

Ergothérapeute : Il est extrêmement difficile d'obtenir une prise en charge par un ergothérapeute en libéral. Il existe des ergothérapeutes rattachés à des structures de prise en charge sur le lieu scolaire, mais si l'enfant n'est pas pris en charge par un organisme, il ne peut pas en bénéficier.

Quelques ergothérapeutes prennent les enfants en charge à domicile mais le coût est élevé puisqu'il faut compter environ 1600 euros pour 30 séances. Une demande de prise en charge argumentée peut être adressée à la MDPH avec la prescription médicale et le devis de l'ergothérapeute. La MDPH pourra allouer une somme pour ces soins en augmentant l'AEH.

Dans tous les cas, il faut effectuer plusieurs démarches en parallèle et ces démarches sont parfois longues et fastidieuses. Pour une même demande, il arrive qu'on vous demande de rappeler un nombre incalculable de fois. Les organismes demandent de nombreux justificatifs. Il ne faut pas se décourager....

En pratique ?

Au niveau de la MDPH :

La première démarche à effectuer est de remplir un dossier et de faire une demande d'attribution de l'AEH à la MDPH du département où réside l'enfant.

Il faut savoir que lorsque le dossier de votre enfant est examiné, vous pouvez assister à la commission qui va statuer.

Si votre enfant a plusieurs atteintes associées il faut impérativement avoir tous les certificats médicaux correspondants.

L'AEH est une allocation attribuée sous forme d'un versement mensuel. Il ne faut pas hésiter à faire cette demande, même si votre demande n'est pas motivée par des nécessités financières, car c'est une façon officielle de faire reconnaître le handicap de votre enfant. Il faut également savoir que l'AEH est attribuée pour une durée déterminée (1 an ou davantage) éventuellement renouvelable. Il faut effectuer la demande de renouvellement 3 mois avant la date anniversaire de l'ouverture des droits.

On peut tout à fait contester la décision de la commission en argumentant le dossier, soit par un recours gracieux auprès de la MDPH par lettre recommandée, soit par requête auprès du

tribunal du contentieux de l'incapacité, par courrier recommandé également.

Au niveau scolaire :

Je crois qu'il ne faut pas hésiter à contacter les intervenants suivants ni les recontacter régulièrement, car on est vite oublié lorsqu'on reste silencieux.



1) l'inspecteur ou l'inspectrice d'académie,

2) l'enseignant référent pour la scolarisation des élèves handicapés (il y en a un dans chaque établissement scolaire),

3) le directeur ou la directrice de l'établissement scolaire,

4) le médecin scolaire,

5) les organismes extérieurs, en fonction du handicap de l'enfant : SIAM, SESSAD, CMP, CMPP, ergothérapeute etc...)

6) les instituteurs spécialisés (rattachés à un organisme extérieur mais itinérants).

7) handiscol qui peut aider pour les demandes et les démarches et pour le prêt de matériel spécifique si la MDPH n'est pas encore bien organisée dans votre département.

8) les instituteurs et les professeurs. Il faut les rencontrer régulièrement tout au long de la vie scolaire. Nos enfants représentent une charge et j'ai rencontré peu d'enseignants enchantés de prendre en compte le handicap de l'enfant et d'adapter ses méthodes de travail !



Les vitamines et les yeux

Une alimentation équilibrée est nécessaire à une bonne santé et à une bonne vue. En Europe les carences sont rares

mais des études ont montré qu'un taux bas de β -carotènes et de certaines vitamines favorisent le développement de la cataracte et d'autres maladies oculaires dues à l'âge.

La vitamine A

La vitamine A joue un rôle important pour la vision, notamment la vision nocturne.

La carence en vitamine A est responsable de cécité dans le tiers-monde, les symptômes peuvent être un gonflement des paupières, un dessèchement de la cornée qui s'opacifie et s'ulcère. Il semblerait également qu'une carence en vitamine A puisse jouer un rôle dans l'apparition de la cataracte et la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

Mais l'excès de vitamine A est également dangereux pour la santé. C'est pourquoi on lui préfère le β -carotène ou pro-vitamine A qui est transformé en vitamine A par l'organisme. Aliments riches en vitamine A : les légumes rouges ou orangés colorés par les β -carotènes : tomate, carotte, poivrons ; les épinards, le foie et le jaune d'œuf.

La lutéine

La lutéine n'est pas une vitamine mais un caroténoïde de couleur jaune, anti-oxydant qui protégerait les yeux contre les lésions consécutives à une exposition au soleil. Certaines études prouvent, par ailleurs, que la lutéine réduit le risque de dégénérescence maculaire liée à l'âge.

Aliments riches en lutéine : brocolis, maïs, épinards, potiron, petits pois, endives et légumes à feuilles vertes consommés crus.

La vitamines E

Antioxydante, cette vitamine protège les membranes cellulaires en piégeant les radicaux libres. Certaines études

suggèrent que la consommation de vitamine E pourrait réduire le risque de cataracte.

Aliments riches en vitamine E : les huiles végétales, le jaune d'œuf, le germe de blé, les matières grasses du lait, les légumes à feuilles vertes, les noix.

Vitamine C

C'est un excellent antioxydant, elle est donc très importante pour la prévention de la cataracte.

Des études ont mis en évidence que la vitamine C réduit la pression à l'intérieur de l'œil chez des patients souffrant de glaucome.

Aliments riches en vitamine C : les fruits, en particulier les agrumes, la tomate, le melon, les légumes à feuilles vertes, le chou consommé cru.

La vitamine B2

La riboflavine ou vitamine B2 est cruciale pour la production d'énergie elle intervient dans le métabolisme des glucides, des protéines et des lipides, elle est indispensable pour l'activité d'enzymes qui protègent les yeux.

Aliments riches en B2 : levure de bière, pain complet, lait, graines de soja, légumes verts et amande.

La vitamine B12

La vitamine B12 (cobalamine) joue un rôle dans différentes réactions du métabolisme cellulaire. Avec l'acide folique elle joue un rôle essentiel dans la formation des acides nucléiques. Elle intervient également dans la synthèse de certains acides aminés, comme la méthionine. En ophtalmologie, elle est utilisée pour favoriser la cicatrisation de la cornée.

Les aliments les plus riches en vitamine B12 sont les abats (foie, rognons, cervelle, cœur) et la viande de bœuf. On en trouve aussi dans le lait, les produits

laitiers, les viandes, les œufs, le poisson et les crustacés.



Articles scientifiques

Efficacité de l'Interféron alpha dans le traitement des uvéites réfractaires aux traitements classiques et mettant en jeu la vision des patients : rétrospective d'une étude monocentrique de 45 patients

Br J Ophthalmology, 2007, 91, 335-339

Bodaghi B, Gendron G, Wechler B, Terrada C, Cassoux N, Huang du LT, Lamaitre C, Fardeau C, LeHoang P, Piette JC

Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Université Paris VI,

Les auteurs ont évalué l'efficacité de l'interféron alpha-2a sur les uvéites sévères réfractaires aux corticoïdes et aux immunosuppresseurs. 45 patients, âgés de 8 à 58 ans ont été inclus dans l'étude. L'uvéite était associée à une maladie de Behçet dans 23 cas et à d'autres causes dans les 22 autres cas. Les patients présentaient une uvéite depuis 3 mois à 15,5 ans et ils avaient tous eu au moins une récurrence grave après un traitement par corticoïdes et immunosuppresseurs.

L'interféron a été administré par voie sous-cutanée à la dose de 3 millions d'unités 3 fois par semaine. L'efficacité du traitement a été confirmée par l'amélioration de l'acuité visuelle, la diminution du brouillard visuel, la disparition de l'inflammation des vaisseaux de la rétine et de l'œdème maculaire et par la baisse du seuil d'efficacité de la corticothérapie.

Après le traitement à l'interféron, l'uvéite a été contrôlée chez 82,6% des patients souffrant de la maladie de Behçet et chez 52% de ceux qui présentaient un autre type d'uvéite.

Pendant les mois suivants (de 14 à 55 mois), la corticothérapie orale initialement de 16 à 45 mg/jour a pu être réduite jusqu'à 4 à 14 mg/jour.

L'interféron a été interrompu chez 14 patients. On a noté 5 récurrences parmi eux.

Les auteurs ont conclu à l'efficacité de l'interféron pour contrôler les uvéites graves et chroniques. Il ne guérit pas la maladie mais il permet de réduire la corticothérapie et de diminuer la fréquence des rechutes.

L'Interféron alpha-2a : un nouveau traitement pour l'œdème maculaire réfractaire aux traitements classiques ? Une étude pilote.

Retina 2006, 786-791

Deuter CM, Koetter I, Guenaydin I, Stuebiger N., Zierhut M

Département d'Ophtalmologie I, Université de Tuebingen, Allemagne.

L'étude a porté sur 8 patients qui souffraient d'uvéite intermédiaire ou postérieure réfractaire aux traitements par des corticoïdes ou de l'acétazolamide.

L'interféron alpha-2a est administré par voie sous cutanée à la dose initiale de 3 à 6 millions d'unités par jour selon le poids du sujet. La dose administrée est ensuite lentement diminuée pendant 6 mois avant l'interruption du traitement. En cas de récurrence de l'œdème maculaire, le traitement est repris et lentement réduit afin d'évaluer la dose nécessaire pour éviter la récurrence.

Chez 6 patients, l'œdème maculaire a disparu au cours des 6 mois de traitement. Un patient n'a pas eu de récurrence pendant les 19 mois suivant l'arrêt du traitement ; 4 ont eu un second traitement parce que l'œdème a récidivé et celui-ci n'a pas reparé avec un traitement maintenu à 1,5 million IU deux fois par semaine.

L'interféron alpha-2a est un traitement efficace de l'œdème maculaire pour les patients souffrant d'uvéite auto-inflammatoire résistante aux traitements classiques

Traitement des uvéites chroniques non infectieuses

D. Le Thi Huong, N. Cassoux, B. Lebrun-Vignes, B. Wechsler, B. Bodaghi, P. LeHoang J.-C. Piette

Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13
Les uvéites chroniques non infectieuses représentent deux tiers des causes des uvéites chroniques adressées dans les services d'ophtalmologie de référence. Un cas sur cinq se compliquerait de cécité. Selon la sévérité de l'uvéite et l'orientation diagnostique, le traitement sera décidé, traitement local ou traitement par voie générale basé sur la corticothérapie et les immunosuppresseurs.

En dehors de la corticothérapie et de la ciclosporine, l'utilisation des immunosuppresseurs et des biothérapies dans les uvéites chroniques non infectieuses n'est pas une indication retenue dans l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Cependant, les immunosuppresseurs et les biothérapies ont fait l'objet de plusieurs études, bien que les études contrôlées soient rares. Celles-ci ont concerné la ciclosporine, l'azathioprine et le cyclophosphamide IV dans l'uvéite de la maladie de Behçet, la ciclosporine et le tacrolimus dans des uvéites de causes variées. Le traitement des uvéites chroniques non infectieuses s'est récemment enrichi de nouvelles molécules : le mycophénolate mofétil, initialement utilisé en transplantation d'organes, a vu son indication s'étendre au traitement des maladies systémiques ; les anti-TNF utilisés initialement dans le traitement de maladies

systemiques ; l'interféron dont l'efficacité s'est révélée dans la maladie de Behçet, est actuellement utilisé dans des uvéites d'autres origines.



Témoignage

J'ai été diagnostiquée « Behçet » en mai 2004 suite à une uvéite et à une artérite dans l'œil droit; par miracle (selon les professeurs), je n'ai pas perdu mon œil (des corps flottants en séquelle); j'avais déjà eu 2 alertes en 2003 (apparition de corps flottants dans les 2 yeux à un mois d'intervalle sans raison apparente), mais prises "à la légère" par l'ophtalmo de garde que j'avais consulté (je venais d'avoir un bébé et j'avais soi-disant trop poussé pendant l'accouchement); en outre, cela faisait plusieurs années que j'avais perpétuellement la bouche cousue d'aphtes (à ne pouvoir parler qu'avec du gel anesthésiant), des boutons (que j'assimilais également à de l'acné), des bobos qui ne s'expliquaient pas (douleurs aux intestins, sensations de baisse de la vision...).

Aujourd'hui, je souffre de problèmes articulaires et, il y a deux semaines, j'ai fait une récurrence d'inflammation dans l'œil droit (prise à temps), le traitement: 3 bolus de cortisone à l'hôpital + cortisone à fortes doses à la maison pendant au moins 6 mois (la première fois, cela a duré 18 mois) + colchimax + kardégic...

Le plus dur, à mon avis, c'est de trouver un bon médecin, le premier interniste que j'ai consulté n'avait jamais vu de « Behçet », mais ne voulait pas admettre son incompetence (je suis allée le consulter 3 jours avant ma

récurrence et il m'a traitée de malade imaginaire); j'ai donc décidé de me faire suivre en médecine interne à Lille (j'habite le Nord de la France) où j'ai vu quelqu'un qui a l'air de connaître le sujet.

F.V.



Manifestations Congrès SFO

La société française d'ophtalmologie a invité Inflamm'œil à son 113^{ème} Congrès qui a eu lieu du 5 au 9 mai 2007 au Palais des Congrès à Paris. Notre stand a reçu la visite de nombreux ophtalmologistes étrangers : algériens, belges, béninois, grecs, libanais, marocains, malgaches et suisses. La Société Bausch & Lomb a accueilli les plaquettes de l'association sur son stand et, à l'invitation du Professeur Le Hoang, qui a présenté l'association dans trois sessions consacrées aux uvéites, nous avons pu distribuer nos documents aux ophtalmologistes.



Permanences

Marie-Jo Joulain, correspondante sur la région Bretagne, a tenu une permanence à la Maison Associative de la santé à Rennes : le 05 mai 2007 en coopération avec la permanence de l'ACSAC Bretagne.

Ses souhaits : tenir une permanence une fois par mois et organiser au second semestre 2007 une réunion d'information sur la région.

Les personnes pouvant l'aider dans la concrétisation de ce projet sont les

bienvenues et peuvent la contacter au 06 75 97 14 50.

La prochaine permanence aura lieu le samedi 07 juillet de 10h à 12h.



La Boîte aux Lettres de TYNDALL

Loïc 23 ans, sous INTERFÉRON (3 piqûres / semaine) aimerait avoir un contact avec des jeunes de son âge ayant le même traitement:

06 07 47 07 12



Le Bon à Savoir

Nouveaux décrets du 13 avril 2007 concernant les lunettes :

Les ordonnances antérieures au 13 Avril 2007 portant prescription de lunettes sont valables 3 ans et vous permettent de renouveler vos lunettes à l'identique.

Les ordonnances postérieures au 13 Avril 2007 ont la même durée de validité mais la prescription pourra être modifiée, si nécessaire, par votre opticien.

Comme précédemment, une paire de lunettes vous sera remboursée par la sécurité sociale une fois par an.



9th INTERNATIONAL CONGRESS
IOIS

FORUM GRAND PUBLIC
LES UVEITES ET LEURS TRAITEMENTS

Le 20 Septembre 2007 14h-15h30
à l'Hôtel Méridien-Étoile
Porte Maillot à Paris

Paris

Inscription obligatoire et gratuite: 01 74 05 74 23 ou inflamoeil@yahoo.fr

www.iois-paris-2007.com

2007

IOIS International Ocular Inflammation
IUSG International Uveitis Study Group
AMERICAN UVEITIS SOCIETY
SPEIO Sociedad Paranaense de Enfermedades

Le forum est accueilli et organisé au sein du Congrès IOIS qui rassemble les plus importantes Sociétés Savantes Internationales de l'inflammation oculaire

Le premier forum grand public sur les uvéites aura lieu le 20 septembre 2007 de 14h à 15h30 à l'hôtel Méridien-Etoile, Porte Maillot, à Paris. **Inscrivez vous !**



**BONNES
VACANCES**

- Directeur de publication : Mme Claude ANDRIEUX
 - Comité de rédaction : Mme Martine LABORDE Mme Karine BOURKAIB
 - Conception et réalisation : Melle Joëlle MASLÉ
- Journal trimestriel Dépôt légal : 2ème trimestre 2007 ISSN : 1760-155X