



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Orbitopathies inflammatoires. Que doit savoir l'interniste ?

Management of orbital inflammation in internal medicine. Proposal for a diagnostic work-up

S. Abad^{a,*}, F. Héran^b, C. Terrada^{c,d}, P. Bielefeld^e, D. Sène^f, S. Trad^{g,h},
D. Saadoun^{i,j,k}, P. Sève^l

^a UMR1125, LI2P, service de médecine interne, hôpital Avicenne, faculté de médecine SMBH, université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), 125, route de Stalingrad, 93000 Bobigny cedex 09, France

^b Service d'imagerie, Fondation Adolphe-de-Rothschild, 25, rue Manin, 75019 Paris, France

^c Service d'ophtalmologie, hôpital Pitié-Salpêtrière, groupe hospitalier (GH) Pitié-Salpêtrière, université Paris 6, AP-HP, 47-83, boulevard de l'hôpital, 75013 Paris, France

^d Centre Roule-Péretti, 169, avenue Achille-Péretti, 92200 Neuilly-sur-Seine, France

^e Service de médecine interne et maladies systémiques, médecine interne 2, hôpital du Bocage, 2, boulevard Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, BP 77908, 21079 Dijon cedex, France

^f Service de médecine interne B, hôpital Lariboisière, groupe hospitalier Saint-Louis-Lariboisière-Fernand-Widal, université Sorbonne Paris Cité- Paris Diderot, AP-HP, 2, rue Ambroise-Paré, 75475 Paris cedex 10, France

^g Service de médecine interne, hôpital Ambroise-Paré, AP-HP, 9, avenue du Général-de-Gaulle, 92100 Boulogne-Billancourt, France

^h Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ), 55, avenue de Paris, 78000 Versailles, France

ⁱ Department of internal medicine and clinical immunology, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, université Pierre-et-Marie Curie, AP-HP, Paris 6, 75013 Paris, France

^j DHU I2B, inflammation, immunopathology, biotherapy, UPMC, Paris 6, 75013 Paris, France

^k Centre national de référence des maladies auto-immunes et systémiques rares, 75013 Paris, France

^l Service de médecine interne, hôpital de la Croix-Rousse, hospices Civils de Lyon, université de Lyon, 103, grande rue de la Croix-Rousse, 69317 Lyon cedex 04, France

INFORMATION

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Inflammation orbitaire
Syndrome d'inflammation orbitaire idiopathique
Granulomatose avec polyangéite
Sarcoïdose
Maladie associée aux IgG4

RÉSUMÉ

Les orbitopathies inflammatoires correspondent à une inflammation primitive de l'orbite et de ses annexes, structures endo-oculaires exclues. L'inflammation orbitaire (IO) peut être soit une manifestation localisée d'une maladie auto-immune avérée ou apparentée, soit une réponse locale du système immunitaire à des antigènes infectieux, structuraux ou tumoraux. Dans cette mise au point, nous décrivons les pathologies inflammatoires, infectieuses et néoplasiques classiquement associées à l'IO ainsi que les manifestations orbitaires qui caractérisent ces pathologies. Ainsi les maladies auto-immunes comme la sarcoïdose, la granulomatose avec polyangéite ou la maladie associée aux IgG4 (MAG4), devront être évoquées devant une dacryo-adénite bilatérale. Nous développerons en particulier la maladie orbitaire associée aux IgG4, part importante du spectre de la MAG4 ainsi que le syndrome d'inflammation orbitaire idiopathique (SIOI) que l'on doit considérer devant une IO non spécifique à la biopsie et en l'absence de maladie sous-jacente locale ou systémique. Un algorithme à visée diagnostique est proposé. Lorsque les explorations systémiques ne contribuent pas à caractériser une maladie sous-jacente, un contrôle histopathologique est nécessaire pour distinguer une IO non spécifique d'un diagnostic différentiel comme le lymphome. En cas de localisations myositiques pures, voire de masses postérieures dont la biopsie pourrait endommager le nerf optique, l'analyse des lésions orbitaires en séquence IRM de diffusion peut aider à distinguer l'IO d'un lymphome. Une corticothérapie d'épreuve peut être envisagée en dernier recours,

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : sebastien.abad@aphp.fr (S. Abad), theran@fo-rothschild.fr (F. Héran), celineterradaoph@gmail.com (C. Terrada), philip.bielefeld@chu-dijon.fr (P. Bielefeld), damiensene@aphp.fr (D. Sène), salim.trad@aphp.fr (S. Trad), david.saadoun@aphp.fr (D. Saadoun), pascal.seve@chu-lyon.fr (P. Sève).

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2017.12.010>

0248-8663/© 2018 Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

mais son effet bénéfique devra être interprété avec prudence avant de trancher en faveur du SIOI. Enfin, seront rappelées les stratégies de traitement des principales orbitopathies inflammatoires.

© 2018 Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI). Publié par Elsevier Masson SAS.
Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Keywords:
Orbital inflammation
Idiopathic orbital inflammation syndrome
Granulomatosis with polyangiitis
Sarcoidosis
IgG4-related disease

Inflammatory orbitopathies relate to an inflammatory state originating within the orbit and its adnexes, except the inner ocular globe. Orbital inflammation (OI) may be either localized manifestation of a proven or like autoimmune disease, or local response from immune system against infectious, structural or tumoral antigens. We review the clinical manifestations of OI, which provide helpful clues to the diagnosis and describe the inflammatory, infectious and neoplastic conditions classically associated with OI. Autoimmune diseases are probably the most common causes of OI associated with a bilateral dacryoadenitis (e.g., sarcoidosis, granulomatosis with polyangiitis, IgG4-related disease). We focused on a major part of the IgG4-RD spectrum, the IgG4-related orbital disease which has been recently described and the idiopathic orbital inflammation syndrome that one should consider in patients 40 years of age or older with non specific inflammation OI on biopsy but without underlying local or systemic disease. An algorithm for the diagnostic approach of OI was proposed. If systemic explorations fail to diagnose an underlying disease, histopathologic control is required for distinguishing non-specific OI from other differential diagnosis, especially lymphoma. In the cases of pure myositic locations and posteriorly located tumours where biopsy could damage to the optic nerve, analysis of orbital lesions in T2W IRM sequence may be helpful to distinguish idiopathic OI (IOI) from lymphoma. When the diagnostic work-up fails, a corticosteroid trial could be used, but its beneficial effect has to be cautiously interpreted before definitively diagnosing IOI. Finally, treatments used in main inflammatory orbitopathies were also reviewed.

© 2018 Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI). Published by Elsevier Masson SAS.
All rights reserved.

1. Introduction

Les orbitopathies inflammatoires concernent environ 60 % des patients adressés à un centre spécialisé dans la prise en charge des pathologies de l'orbite [1]. Elles regroupent les pathologies à l'origine d'une inflammation affectant primitivement toutes les structures de l'orbite, incluant ses annexes mais respectant les tissus situés à l'intérieur du globe oculaire [2]. Du fait de ces multiples localisations, elles ont une présentation anatomoclinique polymorphe.

Bon nombre de pathologies peuvent être à l'origine d'une inflammation orbitaire (IO). Actuellement, on considère l'IO comme primaire lorsqu'elle est l'expression de maladies systémiques ou auto-immunes (MS/AI) prouvées ou apparentées [1]. Le plus souvent, elle survient concomitamment aux manifestations extra-ophtalmologiques. Néanmoins, elle peut être inaugurale. Ces MS/AI d'expression ophtalmologique représentent jusqu'à 70 % des cas d'IO histologiquement prouvée et constituent l'alternative diagnostique principale en cas d'IO sans cause locale ou systémique, prenant alors le nom de syndrome d'inflammation orbitaire idiopathique (SIOI) [3,4].

Par ailleurs, l'orbite et ses annexes peuvent être le siège de pathologies à l'origine d'une réaction inflammatoire locale ou mimant une IO comme certains lymphomes non Hodgkiniens (LNH). Aussi, ces pathologies sont dites responsables d'une IO secondaire [1].

À ce jour, peu de données ont été publiées concernant la démarche concourant au diagnostic étiologique des pathologies inflammatoires de l'orbite et in fine à leur traitement. Cette mise au point a pour but de proposer une aide pour l'interniste dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des IO (en dehors des sclérites) et en particulier, celle du SIOI dont certaines formes histologiques ont été récemment reclassées en maladie associée aux IgG4 (MAG4). Par analogie avec la prise en charge des uvéites, notre enquête étiologique va s'appuyer sur une description anatomoclinique, ce qui impose à l'interniste de maîtriser un socle de connaissances en sémiologie, anatomie mais

également en techniques d'imagerie orbitaire afin de décrypter les informations fournies par ses partenaires ophtalmologistes et radiologues.

2. Présentations anatomocliniques

Les orbitopathies inflammatoires ont une présentation clinique polymorphe du fait d'une inflammation localisée ou étendue à plusieurs constituants de l'orbite : glandes lacrymales (Fig. 1), muscles extra-oculaires, graisse orbitaire, sclère et nerf optique (Fig. 2). Son mode évolutif (aigu ou chronique) dépend de la pathologie sous-jacente.

L'envahissement de l'espace orbitaire par le processus inflammatoire peut être à l'origine de douleurs orbitaires d'expression variable (installation brutale voire au contraire insidieuse ; spontanées ou reproduites lors des mouvements oculaires), d'une exophtalmie confirmée par une mesure à l'exophtalmomètre ; mais aussi de signes d'inflammation comme un chémosis, un œdème ou une rougeur des paupières ; enfin d'une masse sous-palpébrale externe en cas d'hypertrophie de la glande lacrymale.

Le retentissement fonctionnel dépend principalement de la structure orbitaire atteinte, mais aussi du type de réaction inflammatoire locale (œdème ou fibrose) et de son intensité. Ainsi, l'infiltration palpébrale peut être à l'origine d'un ptosis (chute de paupière) et celle des muscles extra-orbitaires provoquer un trouble de la motilité du globe oculaire homolatéral, responsable d'une diplopie binoculaire. Le test de Lancaster précise le ou les muscles atteints. L'extension de l'inflammation à l'apex orbitaire peut comprimer le nerf optique et entraîner une perte d'acuité visuelle définitive en cas de compression prolongée [5]. L'examen du fond d'œil permet de préciser son retentissement sur la papille et l'analyse du champ visuel de détecter une amputation appelée scotome. Au maximum, il peut y avoir une compression des nerfs oculomoteurs, voire de la branche ophtalmique du trijumeau, à leur émergence de la fissure orbitaire supérieure réalisant alors le syndrome de Tolosa-Hunt [6].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8951377>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8951377>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)