



Sclérites et épisclérites

Julie Gueudry, Marc Muraine

Il ne faut pas confondre sclérite et épisclérite tant la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que le pronostic diffèrent. Ainsi, l'épisclérite est le plus souvent d'évolution bénigne sans mise en jeu du pronostic visuel. À l'inverse, les sclérites sont associées dans un cas sur deux à une pathologie systémique qu'il faudra rechercher, notamment la polyarthrite rhumatoïde. Les complications ophtalmologiques à type d'amincissement scléral, voire de perforation, sont possibles. Le traitement local est insuffisant et reposera en première intention sur des anti-inflammatoires non stéroïdiens puis, si nécessaire, sur une corticothérapie par voie générale et des immunosuppresseurs ou une biothérapie après avoir éliminé une infection.

Les épisclérites

L'épisclérite est une inflammation de la fine couche de tissu qui tapisse la sclère. Elle est le plus souvent autolimitée, peu douloureuse et d'évolution bénigne sans mise en jeu du pronostic visuel. Elle est nodulaire ou non. La différence entre une sclérite et une épisclérite se fait cliniquement (*tableau I*). L'épisclérite est rarement associée à une pathologie systémique et ne nécessite pas habituellement d'examen complémentaires à visée étiologique en dehors des formes récurrentes ou s'inscrivant dans un contexte de symptomatologie générale. Les épisclérites peuvent être déclenchées par un dysfonctionnement meibomien ou être associées à une atopie. Le traitement repose sur les collyres anti-inflammatoires non stéroïdiens ou stéroïdiens pendant une courte période (10-15 jours) et le traitement des facteurs de risques locaux comme l'hygiène des paupières ou le traitement de fond d'une conjonctivite allergique.

Tableau I. Distinction clinique entre sclérite et épisclérite.

	Episclérite	Sclérite
Douleur	Modérée	Intense (insomniente)
Rougeur	Vaisseaux épiscléraux superficiels dilatés avec un aspect peigné Aspect rosé	Vaisseaux épiscléraux profonds dilatés avec un aspect en réseau Aspect rouge vif, voire violacé
Test de la mobilisation	Mobile par rapport aux plans profonds	Immobile par rapport aux plans profonds
Test à la phényléphrine (collyre à 10%)	Positif (disparition de la rougeur)	Négatif (persistance de la rougeur)
Etiologies	Maladies systémiques rarement associées	Maladies systémiques à rechercher (50% des cas)
Pronostic	Bénin (tendance à la récurrence)	Lié à l'étiologie

Service d'ophtalmologie, Hôpital Charles Nicolle, Rouen

Les sclérites

La sclérite est une maladie inflammatoire sévère qui se caractérise par un œdème et un infiltrat cellulaire de la sclère et de l'épisclère. La sclérite est une affection grave mettant en jeu à la fois le pronostic visuel mais aussi l'intégrité anatomique du globe oculaire. Par ailleurs, la sclérite est parfois inaugurale d'une vascularite systémique grevée d'une morbidité et d'une mortalité non négligeables.

L'examen clinique

La sclérite est très douloureuse. La douleur est exacerbée à la palpation et le plus souvent insomniente. Les sclérites sont divisées en plusieurs formes cliniques en fonction de leur siège anatomique et de leur gravité. Sont distinguées les sclérites antérieures diffuses, nodulaires ou nécrosantes avec ou sans inflammation, et les sclérites postérieures de diagnostic plus difficile, localisées en arrière de l'équateur.

Cliniquement, on observe un aspect rouge, parfois violacé, associé à un épaississement scléral. Contrairement à l'épisclérite, cet aspect ne "blanchit" pas après l'instillation de collyre à la phényléphrine 10% (figure 1). En cas de formes nécrosantes avec inflammation, la rougeur et l'œdème entourent une zone sclérale plus blanche, de nature ischémique, parfois difficile à identifier à l'examen clinique. L'angiographie du segment antérieur au vert d'indocyanine peut aider pour identifier une éventuelle nécrose sclérale. A l'inverse, les sclérites nécrosantes sans inflammation (ou *scleromalacia perforans*) évoluent sans rougeur ni douleur. Elles surviennent lors des polyarthrites rhumatoïdes très évoluées. Les formes nécrosantes sont des urgences thérapeutiques. Les sclérites postérieures sont difficiles à diagnostiquer en l'absence de sclérite antérieure associée ; la douleur et la baisse de vision souvent associées permettent d'évoquer le diagnostic. Certains patients présentent alors un amincissement de la chambre antérieure, un œdème papillaire, des décollements séreux rétiens, des plis ou des décol-

lements choroïdiens. Le diagnostic est confirmé par l'échographie en mode B qui révèle un épaississement de la choroïde et de la sclère ainsi que le très évocateur mais inconstant « signe du T », lié à l'accumulation de liquide en arrière de la sclère et autour du nerf optique.

Les complications

A l'inverse de l'épisclérite, la sclérite est de pronostic sévère. Les complications ophtalmologiques possibles sont ainsi nombreuses (figures 2 et 3). L'amincissement scléral et parfois des perforations sont possibles, tout comme les ulcères marginaux cornéens, compliqués ou non de perforation cornéenne spontanée ou après un traumatisme minime. Une hypertension oculaire peut survenir secondairement à une trabéculite ou à une fermeture de l'angle par décollement ciliaire. Une inflammation intraoculaire est possible. Cela constitue alors une scléro-uvéite. Cette inflammation est le plus souvent modérée et antérieure. Il s'agit cependant d'un signe de gravité de la sclérite. En effet, en cas d'uvéite associée,



Figure 1. Test au collyre à la phényléphrine 10%. Disparition de la rougeur au cours d'une épisclérite (A et B) ; persistance de la rougeur au cours d'une sclérite antérieure diffuse (C et D). Notez la disposition en réseau ou en maille des vaisseaux épiscléraux profonds mieux visible après la vasoconstriction des vaisseaux épiscléraux superficiels.

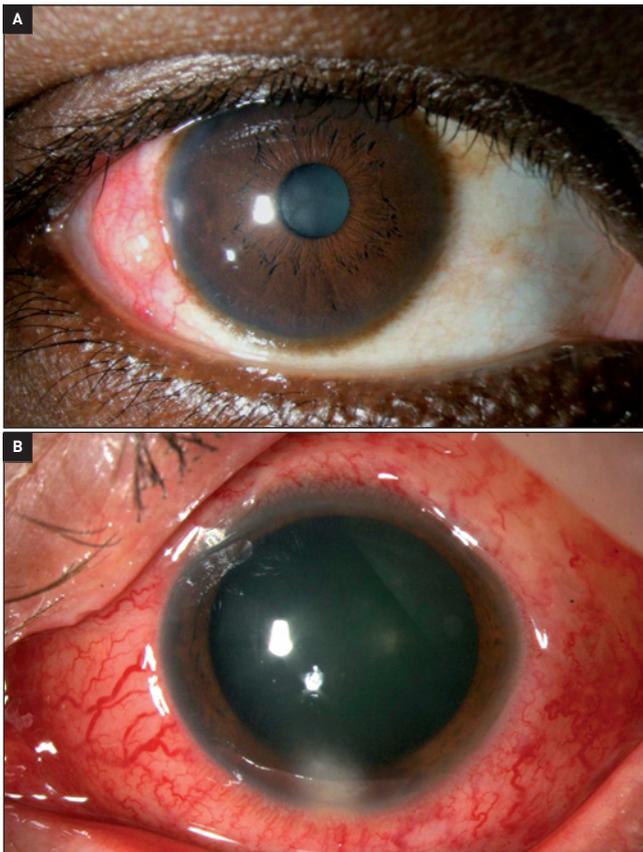


Figure 2. Complications des sclérites. **A.** Sclérite antérieure nodulaire compliquée d'un début d'ulcère marginal périphérique en regard. **B.** Sclérite antérieure diffuse compliquée d'uvéïte antérieure. Notez la lame d'hypopion et le chémosis secondaire à l'inflammation sclérale intense.

sont plus fréquemment rencontrés des sclérites nécrosantes, une baisse de l'acuité visuelle, des ulcères cornéens périphériques, ou une hypertension oculaire probablement du fait d'une trabéculite.

Les diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels sont relativement faciles à éliminer car la douleur intense est assez discriminante. Cependant, certains lymphomes de bas grade conjonctivaux inflammatoires peuvent être extrêmement trompeurs. Les plaques sclérales hyalines secondaires à une dégénérescence du collagène liée à l'âge miment des séquelles de sclérites nécrosantes mais sont totalement asymptomatiques. Elles se situent sur les méridiens horizontaux.

Les diagnostics différentiels de la sclérite postérieure sont le mélanome achrome choroïdien du fait de l'existence d'une masse jaunâtre sous la rétine ou la maladie de Vogt-Koyanagi-Harada du fait des complications si-

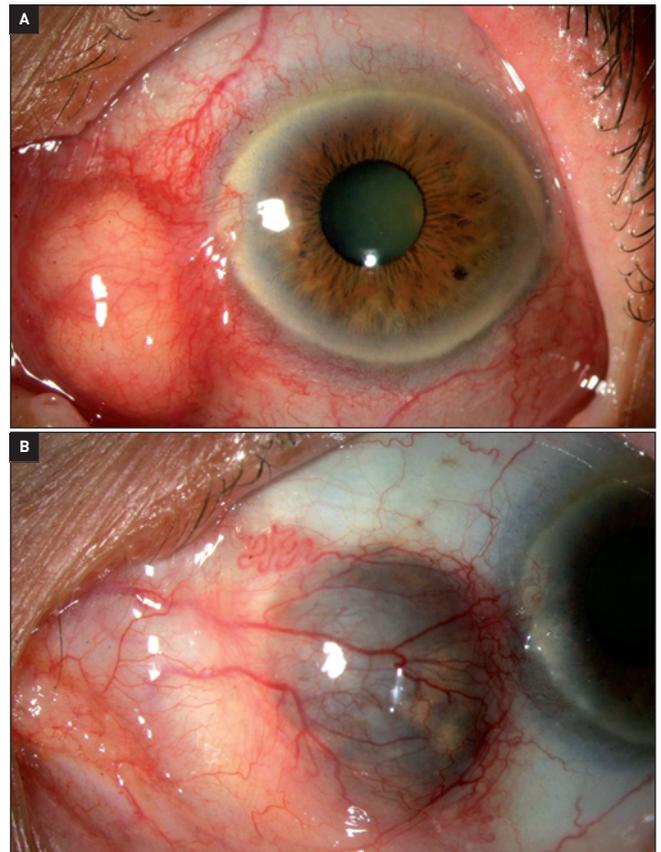


Figure 3. Sclérite antérieure associée au pyoderma gangrenosum. Notez le nodule plus clair, jaunâtre correspondant à une zone de sclère nécrotique (A). Aspect après traitement par cyclophosphamide. Notez l'amincissement scléral majeur responsable de la visualisation de la choroïde (B).

milaires que sont les décollements séreux rétiens et les décollements choroïdiens.

Maladies systémiques ou infectieuses à rechercher

Une étiologie est retrouvée dans environ 50 % des cas. Les sclérites peuvent être associées à une pathologie systémique, notamment la polyarthrite rhumatoïde puis la granulomatose avec polyangéite (anciennement maladie de Wegener) [tableau II]. Une évaluation étiologique est à réaliser dès le premier épisode. Les examens complémentaires à effectuer sont proposés dans le tableau III.

La maladie systémique causale peut se démasquer plus tardivement par rapport à l'épisode de sclérite et une nouvelle évaluation diagnostique décalée dans le temps peut être nécessaire, notamment en cas d'apparition de nouveaux symptômes. Un antécédent d'uvéïte antérieure chez un patient qui présente une sclérite doit faire rechercher une spondylarthropathie. Il faudra être

Tableau II. Entités les plus fréquemment associées aux sclérites.

Maladies systémiques
Polyarthrite rhumatoïde
Lupus érythémateux disséminé
Spondyloarthropathies
Granulomatose avec polyangéite (anciennement maladie de Wegener)
Périartérite noueuse
Polychondrite atrophiante
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
Infections
Virus du groupe Herpès (HSV/VZV)
Syphilis
Maladie de Lyme
Tuberculose

vigilant sur les sclérites infectieuses même si elles sont moins fréquentes. La sclérite associée aux virus du groupe Herpès est un véritable défi diagnostique car il n'existe pas de tableau clinique spécifique, même si elle est plus facilement évoquée devant une sclérite unilatérale, de début brutal, associée à une douleur modérée à sévère et à une kératite ou à une uvéite. Ainsi, le diagnostic est le plus souvent présomptif, confirmé après efficacité du traitement d'épreuve antiviral. Enfin, la tuberculose dans sa forme le plus souvent extrapulmonaire est une cause non négligeable de sclérite, pour laquelle l'utilisation des tests de détection de la production de l'interféron gamma apporte désormais une aide diagnostique précieuse, notamment chez les populations vaccinées. Enfin, de rares cas de sclérites iatrogènes ont été rapportés, notamment après la prise de biphosphonates.

Prise en charge

Le traitement étiologique est à privilégier. Cependant, dans l'attente des résultats du bilan à visée étiologique ou en cas de formes idiopathiques, le traitement symptomatique s'impose. Le traitement local est le plus souvent insuffisant et la prise en charge reposera en première intention sur des anti-inflammatoires non stéroïdiens, puis, en fonction de l'évolution, sur une corticothérapie par voie générale et, en cas de corticodépendance à hauts niveaux, sur des immunosuppresseurs ou une biothérapie. Cette escalade thérapeutique est réalisable après avoir éliminé une infection. Il semble ainsi utile d'effectuer un traitement d'épreuve antiherpétique par valaciclovir avant de débiter la corticothérapie par voie générale en cas d'échec des anti-inflammatoires non stéroïdiens

Tableau III. Bilan étiologique proposé devant une sclérite.

- NFS, VS, CRP, bilan hépatique, ionogramme sanguin
- Bandelette urinaire
- Bilan immunologique
 - Facteur rhumatoïde, anticorps antiprotéines citrullinées (anti-CCP)
 - Facteurs antinucléaires, anti-ADN natif
 - Anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA)
- Enzyme de conversion
- Typage HLA
- Sérologies virales : VHC, VHB, HIV
- TPHA/VDRL, sérologie de Lyme
- Intradermoréaction à la tuberculine ± test de détection de la production d'interféron gamma
- Radiographie pulmonaire ou tomodensitométrie du thorax
- ± Biopsies des glandes salivaires accessoires

devant une sclérite qualifiée d'idiopathique. L'OCT de segment antérieur pourrait constituer une aide pour le suivi des patients en visualisant des zones d'œdème intrascléral et en mesurant l'épaisseur de la sclère. Les injections sous-conjonctivales de triamcinolone ont montré leur efficacité dans la prise en charge des sclérites antérieures non nécrosantes et non infectieuses, avec relativement peu d'effets secondaires en dehors de l'élévation de la pression intraoculaire chez certains patients, sans pouvoir exclure le risque théorique d'amincissement et de nécrose sclérale. Cette possibilité thérapeutique est à envisager surtout en cas d'atteinte unilatérale et en l'absence de nécessité d'un traitement par voie générale du fait d'une pathologie systémique associée.

Pour en savoir plus

- Sainz de la Maza M, Foster CS, Jabbur NS. Scleritis-associated uveitis. *Ophthalmology*. 1997;104(1):58-63.
- Akpek EK, Thorne JE, Qazi FA *et al*. Evaluation of patients with scleritis for systemic disease. *Ophthalmology*. 2004;111(3):501-6.
- Gabison E, Hoang-Xuan T. Sclérites : quand évoquer une pathologie systémique ? *J Fr Ophtalmol*. 2010;33(8):593-8.
- Gonzalez-Gonzalez LA, Molina-Prat N, Doctor P *et al*. Clinical features and presentation of infectious scleritis from herpes viruses: a report of 35 cases. *Ophthalmology*. 2012;119(7):1460-4.
- Shoughy SS, Jaroudi MO, Kozak I, Tabbara KF. Optical coherence tomography in the diagnosis of scleritis and episcleritis. *Am J Ophthalmol*. 2015;159(6):1045-9.
- Sohn EH, Wang R, Read R *et al*. Long-term, multicenter evaluation of subconjunctival injection of triamcinolone for non-necrotizing, noninfectious anterior scleritis. *Ophthalmology*. 2011;118(10):1932-7.