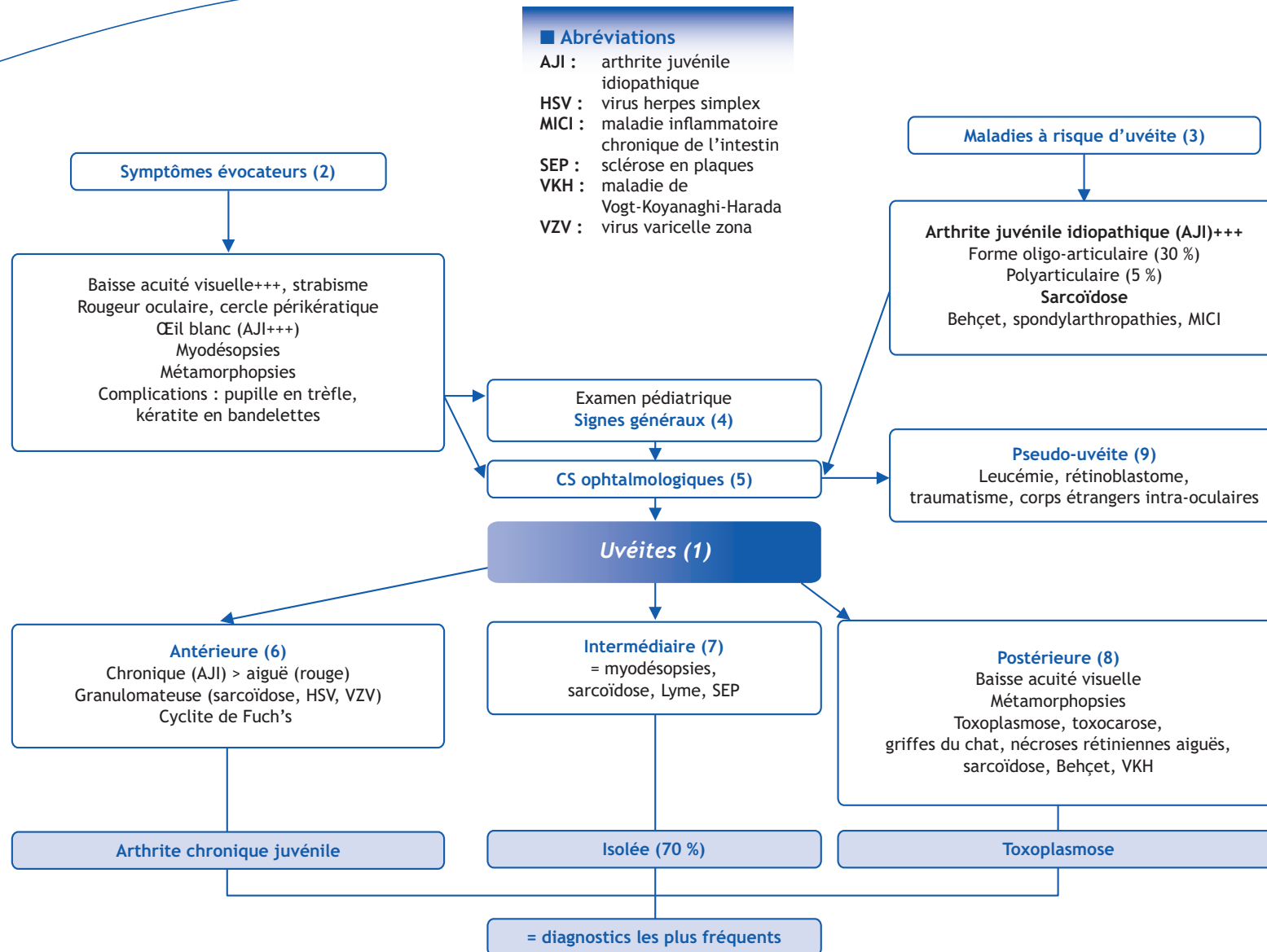


D. Monnet

Centre Cochin ambulatoire d'ophtalmologie, 27, rue du Faubourg Saint-Jacques, 75679 Paris cedex 14
et Université Paris Descartes, France



■ Arbre diagnostique - Commentaires

(1) L'uvéïte est synonyme d'inflammation intra-oculaire. L'incidence et la prévalence de l'uvéïte sont respectivement de 17-50/100 000 habitants et 35-204/100 000 habitants. L'uvéïte chez l'enfant représenterait de 5 à 10 % de l'ensemble des uvéïtes. Les causes d'uvéïte sont éminemment variées. On distingue classiquement les étiologies d'uvéïtes selon leur origine infectieuse ou inflammatoire, et selon qu'elles s'intègrent à une maladie systémique ou, au contraire, qu'elles représentent une maladie oculaire isolée. La particularité de l'uvéïte chez l'enfant provient d'une part, de la spécificité de certaines étiologies (arthrite juvénile idiopathique, toxocarose, CINCA syndrome, maladie de Kawasaki...) et, d'autre part, de la gêne potentielle au développement de la fonction visuelle responsable d'amblyopie (enfant < 7 ans), au-delà des complications habituelles des uvéïtes (synéchies, œdème maculaire...). De plus, la présentation de l'uvéïte chez l'enfant est souvent « silencieuse », avec peu de signes d'appel, et peu de plaintes fonctionnelles de la part des enfants (< 12 ans), conduisant fréquemment à d'importants retards diagnostiques. La démarche diagnostique est guidée selon la présentation de l'uvéïte, qui peut être caractérisée selon :

- sa localisation, qui correspond au site initial et principal de l'inflammation intra-oculaire ;
- sa présentation : aiguë ou chronique, granulomateuse ou non, selon l'existence de foyers rétinien ou choroïditiens ;
- et selon la réponse au traitement.

(2) La stratégie diagnostique devant une uvéïte repose d'abord pour le pédiatre sur la reconnaissance de signes évocateurs d'uvéïtes ou de leurs complications (synéchies iridocristalliniennes, kératopathie en bandelettes) qui vont varier selon la localisation : rougeur oculaire avec cercle périkératique en cas d'uvéïte antérieure, myodésopsies en cas d'uvéïte intermédiaire, et métamorphopsies en cas d'uvéïte postérieure. Dans tous les cas, une baisse d'acuité visuelle plus ou moins profonde est présente.

(3) Rappelons que l'uvéïte de l'enfant peut être totalement silencieuse, et impose de ce fait la réalisation d'examen ophtal-

mologiques systématiques pour certaines maladies systémiques à risque (AJI+++), avec une fréquence dépendant de ce risque (forme oligo-articulaire avec AAN+ et âge < 6 ans = surveillance oph. trimestrielle ; forme systémique = surveillance oph. annuelle).

(4) L'approche diagnostique repose ensuite sur l'histoire de la maladie et la recherche de signes fonctionnels et cliniques généraux (interrogatoire+++). Cette approche requiert une collaboration étroite entre pédiatre et ophtalmologiste, qui vont ensuite conditionner le bilan étiologique. Le pédiatre devra être renseigné sur la présentation de l'uvéïte et les principales hypothèses diagnostiques qui en découlent afin de ne pas réaliser un bilan étiologique « tous azimuts ».

(5) L'examen par un ophtalmologiste est nécessaire à chaque fois que le diagnostic d'uvéïte est suspecté, afin de classer l'uvéïte, et de guider la thérapeutique (présence d'un œdème maculaire...).

(6) L'uvéïte antérieure correspond à une inflammation du corps ciliaire en avant du cristallin. Les uvéïtes antérieures représentent 30-50 % des causes d'uvéïte pédiatrique. Cette localisation est susceptible d'entraîner une rougeur oculaire (cf. uvéïte des spondylarthropathies). Toutefois, les uvéïtes antérieures chroniques, et notamment celles qui compliquent l'arthrite juvénile idiopathique (AJI) sont à œil blanc, et nécessitent des examens spécialisés et systématiques pour permettre un diagnostic précoce (examen à la lampe à fente). L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est la principale étiologie des uvéïtes antérieures chez l'enfant.

(7) L'uvéïte intermédiaire correspond à une inflammation prédominante dans le vitré (hyalite, pars planite). Le principal symptôme est l'existence de myodésopsies (« mouches volantes »), à œil blanc. Elle représenterait 10-25 % des causes d'uvéïte de l'enfant. L'uvéïte intermédiaire reste une maladie oculaire isolée dans la majorité des cas (> 70 % cas), et les principales étiologies à rechercher sont une sarcoïdose, les MICI, une maladie démyélinisante, la maladie de Lyme.

(8) L'uvéïte postérieure correspond à une inflammation de la choroïde et/ou de la rétine et/ou du nerf optique (choroïdite,

choriorétinite). Elle représente 20-30 % des causes d'uvéïte de l'enfant. Les principaux signes cliniques sont une baisse d'acuité visuelle, des métamorphopsies (déformation des lignes), scotomes et amputation du champ visuel.

La toxoplasmose oculaire représente la première étiologie des uvéïtes postérieures. Les étiologies de maladie de Behçet (foyer nécroticohémorragique), sarcoïdose (choroïdite multifocale), maladie de Vogt-Koyanagi-Harada sont des causes d'uvéïtes pédiatriques plus rares.

Le syndrome TINU (néphrite intertistielle aiguë et uvéïte) surviendrait plus fréquemment durant l'adolescence avec une uvéïte aiguë sous forme de panuvéïte.

(9) Enfin, le diagnostic de pseudo-uvéïte ou « masquerade syndrome », sera systématiquement évoqué chez l'enfant, pouvant mimer une uvéïte et être en rapport avec une pathologie tumorale (leucémie aiguë, rétinoblastome, xanthogranulome juvénile) ou traumatique (corps étranger intra-oculaire), et pour lequel un traitement immunosuppresseur serait contre-indiqué. La prise en charge thérapeutique dépend également du type d'uvéïte et de la maladie systémique associée. L'intensité du traitement est guidée soit par l'atteinte ophtalmologique ou soit par l'atteinte systémique. En cas d'uvéïtes antérieures, le traitement repose sur l'association de collyres corticoïdes et de mydriatiques, dont le but est de dilater la pupille et d'éviter la formation de synéchies iridocristalliniennes. Le recours au traitement par voie orale est parfois nécessaire en cas d'uvéïte antérieure insuffisamment contrôlée par les collyres ; il est indispensable en cas d'uvéïtes postérieures ou intermédiaires, notamment en présence d'un œdème maculaire, atteinte mettant en jeu le pronostic visuel, et fait intervenir les corticoïdes oraux, associés à un immunosuppresseur. Le recours aux biothérapies (anti-TNF) en 2^e intention n'est pas rare, l'éta nercept est apparu moins efficace dans le contrôle de l'inflammation oculaire que les autres anti-TNF (anticorps monoclonaux).

Conflit d'intérêt

Aucun.

■ Références

Smith JA, Mackensen F, Sen HN, Leigh JF, Watkins AS, Pyatetsky D, et al. Epidemiology and course of disease in childhood uveitis. *Ophthalmology* 2009;116:1544-51, 1551.e1.

Cunningham ET Jr. Uveitis in children. *Ocul Immunol Inflamm* 2000; 8:251-61.

Rosenberg KD, Feuer WJ, Davis JL. Ocular complications of pediatric uveitis. *Ophthalmology* 2004;111:2299-306.

Correspondance.

e-mail : dominique.monnet@cch.aphp.fr