

Les uvéites de l'enfant

À propos de 20 cas

M. Laghmari, A. Karim, K. Guedira, W. Ibrahimy, M. Dahreddine, N.H. Essakalli, Z. Mohcine

Service d'Ophthalmologie A, Hôpital des Spécialités, Rabat, Maroc.
Correspondance : M. Laghmari, 26, rue Lalla Meryem, Souissi, Rabat, Maroc.
Communication affichée lors du 107^e congrès de la SFO en mai 2001.
Reçu le 11 septembre 2001. Accepté le 19 novembre 2002.

Uveitis in children: about 20 cases

M. Laghmari, A. Karim, K. Guedira, W. Ibrahimy, M. Dahreddine, N.H. Essakalli, Z. Mohcine

J. Fr. Ophthalmol., 2003; 26, 6: 609-613

Introduction: Uveitis in children is rare: 3%-8% of all cases. It requires the same diagnostic and etiological processes as uveitis in adults, with additional difficulties at examination and a sometimes insidious progression.

Material and methods: Retrospective study of 20 cases of childhood uveitis from 1995 to 2000. All patients received an ophthalmologic examination and an etiological search, with specific and/or symptomatic treatment and follow-up lasting from 6 months to 5 years.

Results: The 20 children presenting uveitis were 4-16 years old, with etiologies as follows: 8 cases of Behçet's disease, 2 cases of Vogt-Koyanagi-Harada's disease, 1 case of sarcoidosis, 1 case of uveitis associated with coeliac disease, 1 case of toxoplasmosis, 1 case of sympathetic ophthalmia, 1 case of uveitis with streptococcal infection, 3 cases of ocular toxocarosis, and 2 cases with unknown etiology. Treatment based on the etiological findings was started in the cases of toxoplasmosis and uveitis from streptococcal infection. The others were treated with high- and then digressive-doses of corticosteroids.

Analysis: We have noted the high incidence of Behçet's disease in our series. Progression was marked by frequent recurrence for one case of Vogt-Koyanagi-Harada's syndrome and one case of toxoplasmosis. This study also revealed a few cases of complicated cataract.

Discussion: Clinical characteristics, diagnosis, and treatment of uveitis in children are discussed.

Key-words: Children, uveitis, corticosteroids.

Les uvéites de l'enfant. À propos de 20 cas

Introduction : Les uvéites de l'enfant sont rares ; elles représentent 3 à 8 % de l'ensemble des uvéites. La découverte d'une uvéite chez l'enfant nécessite une démarche diagnostique et étiologique proche de celle de l'adulte avec les particularités d'un examen difficile et d'une évolution insidieuse.

Matériel d'étude : Au cours d'une étude rétrospective menée de 1995 à 2000, 20 cas d'uvéites ont été recensés. Ces patients ont bénéficié d'un bilan ophtalmologique et d'un traitement, puis ont été suivis avec un recul allant de 6 mois à 5 ans.

Résultats : Vingt enfants présentant une uvéite, âgés de 4 à 16 ans, dont le bilan étiologique révèle : 8 cas de maladie de Behçet, 2 cas de syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH), 1 cas de sarcoïdose, 1 uvéite associée à une maladie coéliqua, 1 toxoplasmose, 1 ophtalmie sympathique, 1 uvéite post-streptococcique, 3 cas de toxocarose oculaire et 2 cas où l'étiologie est indéterminée. Un traitement étiologique est instauré dans le cas de toxoplasmose et de l'uvéite post streptococcique, les autres cas ont bénéficié d'une corticothérapie par voie générale à fortes doses puis à doses dégressives.

Analyse : Nous avons relevé l'importance de l'incidence de la maladie de Behçet dans cette série, une évolution marquée par des récurrences fréquentes pour un cas de VKH et pour le cas de toxoplasmose, la fréquence des cataractes compliquées dans l'ensemble.

Discussion : Nous proposons de discuter les caractéristiques cliniques, l'orientation diagnostique et la prise en charge thérapeutique des uvéites chez l'enfant.

Mots-clés : Enfant, uvéites, corticoïdes.

INTRODUCTION

Les uvéites de l'enfant sont rares. Elles représentent 3 à 8 % de l'ensemble des uvéites. Leur découverte implique une démarche diagnostique et étiologique car elles peuvent être révélatrices de maladies systémiques invalidantes. Les uvéites de l'enfant évoluent souvent de façon insidieuse et la découverte tardive de l'inflammation est grevée d'un risque important d'amblyopie. La recherche étiologique de toute uvéite chez l'enfant est ainsi indispensable pour une bonne conduite thérapeutique.

609

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Au cours d'une étude rétrospective menée de 1995 à 2000, 20 cas d'uvéites chez l'enfant ont été recensés sur un nombre total de 356 uvéites (5,6 %). Ces 20 patients sont âgés de 4 à 16 ans, avec une moyenne de 12,5 ans dont 11 garçons et 9 filles. L'atteinte est unilatérale dans 3 cas (soit 15 %) et bilatérale dans 17 cas (soit 85 %).

Prise en charge

Tous nos patients ont bénéficié d'une prise en charge comprenant :

– un interrogatoire précis des parents et de l'enfant quand son âge le permet. Cet interrogatoire recherche notamment des antécédents :

- ORL ;
 - dermatologiques (érythème, alopecie, vitiligo, poliose) ;
 - rhumatologiques (arthralgies) ;
 - gastro-entérologiques ;
 - pulmonaires ;
 - neurologiques (céphalées, méningite,...) ;
- un examen oculaire complet avec mesure de l'acuité visuelle de loin et de près, un examen à la lampe à fente et un examen pédiatrique général ;
- un bilan paraclinique comprenant une angiographie à la fluorescéine parfois au vert d'indocyanine (ICG) et un hémogramme, vitesse de sédimentation, analyse de la fonction rénale ;
- le reste du bilan est orienté par l'interrogatoire et l'examen clinique :
- intradermoréaction à la tuberculine, sérologie syphilitique, anticorps antinucléaires, facteur rhumatoïde, enzyme de conversion de l'angiotensine, ponction de chambre antérieure ;
 - examens radiologiques : radiographies des poumons et des sacro-iliaques, TDM thoracique, explorations radiologiques gastro-intestinales.

Traitement médical

Par voie locale

À base de corticoïdes et cycloplégiques, parfois d'hypotonisants quand une hypertonie est mise en évidence.

Par voie générale

– spécifique : surtout dans les étiologies infectieuses (toxoplasmose/toxocarose, infections des voies aériennes supérieures). Le régime sans gluten est instauré dans un cas de maladie cœliaque ;

– corticoïdes utilisés selon la gravité de l'atteinte sous forme de méthylprednisolone en intraveineux 1 g/1,73 m² de surface corporelle pendant 3 jours avec surveillance étroite, ensuite relais par la prednisone 1,5 à 2 mg/kg/j puis à doses dégressives. Un traitement adjuvant est as-

Tableau I

Diagnosics retenus.

Étiologies	Patients (20 cas)
Maladie de Behçet	8
Syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada	2
Sarcoïdose	1
Uvéite et maladie cœliaque	1
Toxoplasmose	1
Toxocarose	3
Ophthalmie sympathique	1
Uvéite post streptococcique	1
Indéterminée	2

socié à la corticothérapie à savoir pansement gastrique et potassium, calcium et vitamine D pour la croissance ;

– un traitement par immunosuppresseurs essentiellement le cyclophosphamide soit en bolus ou en comprimés à la dose de 2 mg/kg/jour et le chlorambucil à la dose de 0,3 mg/kg/jour par voie orale. On a eu recours à ce traitement immunosuppresseur dans des cas de maladie de Behçet et un cas de syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada.

Traitement chirurgical

Une vitrectomie postérieure a été réalisée dans 1 cas d'ophtalmie sympathique et 2 cas de toxocarose.

RÉSULTATS

Le recul chez nos patients varie de 6 mois à 5 ans. Le *tableau I* résume les principales étiologies retenues.

La répartition des patients selon la topographie de l'uvéite est représentée sur le *tableau II*.

La répartition des types d'uvéite en fonction de l'âge figure sur le *tableau III*.

Le *tableau IV* résume la répartition des atteintes graves au cours des uvéites de l'enfant dans notre série.

Évolution à long terme

Nous avons noté une amélioration anatomique et fonctionnelle sous traitement dans la plupart de nos cas. En effet, 52 % de nos patients ont récupéré une acuité visuelle supérieure à 5/10 alors que ce taux n'était que

Tableau II

Répartition des patients selon la topographie de l'uvéite.

Type d'uvéite	Nombre de patients
Uvéite antérieure	2
Uvéite intermédiaire	2
Uvéite postérieure	10
Uvéite totale	6

Tableau III

Répartition des types d'uvéite en fonction de l'âge.

Type d'uvéite	Âge des patients (années)		
	0-5	6-10	11-16
Uvéite antérieures	0	1	1
Uvéite intermédiaires	0	0	2
Uvéite postérieures	0	5	5
Uvéites totales	1	3	2
Total	1	9	10

Tableau IV

Répartition des atteintes graves au cours des uvéites de l'enfant.

Type d'atteinte	Nombre de patients (n = 20)
Atteintes maculaires	12
Atteintes papillaires	10
Vascularites	4

Tableau V

Résultats fonctionnels.

AV/10	Nombre de patients (n = 20)	
	Début	Dernier contrôle
< 1/10	11	6
2-4	4	4
5-10	5	10

de 28 % à l'admission (tableau V). Cependant, nous avons noté :

- des récurrences dans 4 cas (20 %) ;
- une corticorésistance/corticodépendance dans 20 cas (10 %). Nous définissons la corticorésistance comme une absence de réponse favorable aux corticostéroïdes malgré des doses supérieures à 10 mg/jour d'équivalent de prednisone, et comme corticodépendance une récurrence de la symptomatologie inflammatoire dès qu'on descend à des doses inférieures ou égales à 10 mg/jour d'équivalent de prednisone ;
- des complications telles que hypertension oculaire [2 cas (10 %)], kératite en bandelettes [1 cas (5 %)], ulcère gastrique [1 cas (5 %)], cataracte [2 cas (10 %)].

DISCUSSION

Les uvéites de l'enfant sont rares, leur prise en charge nécessite une collaboration étroite multidisciplinaire entre ophtalmologistes, pédiatres et internistes. Un interrogatoire précis avec examen ophtalmologique et général bien conduits permet une orientation du bilan paraclinique [1].

Répartitions des types d'uvéites

Les uvéites antérieures

Les uvéites antérieures de l'enfant regroupent essentiellement :

- l'arthrite chronique juvénile ou ACJ (25-30 % des cas), surtout dans sa forme oligo-articulaire. La recherche des anticorps antinucléaires (AAN) est d'un grand

apport diagnostique. L'uvéite de l'ACJ est grevée de complications parfois sévères d'où son pronostic réservé [2]. L'arthrite peut guérir avec l'âge mais l'uvéite reste souvent chronique [3-5]. Nous n'avons pas relevé cette affection parmi les étiologies de nos uvéites car il s'agit de malades vus et suivis à titre externe dans les services de Pédiatrie où ils sont souvent pris en charge et hospitalisés et cette série ne comporte que des malades hospitalisés en Ophtalmologie ;

- la sarcoïdose : 3 % des cas, elle peut mimer une ACJ [1, 3]. L'atteinte oculaire est révélatrice dans 25 % des cas sous forme essentiellement d'iridocyclite granulomateuse chronique. Nous avons relevé un cas qui s'est présenté sous forme de choroïdite multifocale posant un problème de diagnostic différentiel avec la tuberculose qui reste encore à l'état endémique dans les pays du Maghreb.

Les uvéites intermédiaires

Elles constituent 20 % des uvéites de l'enfant, souvent bilatérales et insidieuses, avec hyalite, exsudats au niveau de la pars plana, vascularite au fond d'œil. Les complications de type œdème maculaire cystoïde sont très fréquentes (25 à 60 % des cas) [3]. Il faut toujours rechercher une sarcoïdose ou une maladie de Behçet. L'étude de nos cas montre que ce sont les enfants âgés de plus de 6 ans qui sont les plus atteints par cette forme d'uvéite et retrouve la fréquence de l'atteinte maculaire. L'enquête étiologique a révélé dans un cas une maladie de Behçet et dans l'autre cas l'étiologie est restée indéterminée.

Uvéites postérieures et panuvéites

Les étiologies des uvéites postérieures et panuvéites chez l'enfant sont nombreuses : infectieuses et/ou parasitaires (toxoplasmose, toxocarose, Lyme, tuberculose, syphilis), virales (CMV, Herpes simplex, HIV), immunologiques (sarcoïdose, VKH, maladie de Behçet).

La maladie de Behçet est retrouvée fréquemment dans notre série (40 %).

Les critères de diagnostic retenus ont été ceux de l'International Study Group pour le diagnostic de la maladie de Behçet (ISBBD).

Le critère majeur est l'ulcération buccale récidivante (au moins trois fois par an), associé à deux ou plus des critères suivants :

- ulcération génitale récurrente ;
- lésion oculaire (uvéite antérieure ou postérieure et/ou vascularite rétinienne) ;
- lésions cutanées (érythème noueux, pseudofolliculite ou lésion papulopustuleuse ou nodule acnéiforme) ;
- test pathergique.

Ce taux est certainement biaisé par le fait que notre formation travaille en collaboration étroite particulièrement en ce qui concerne cette affection, avec les services de Pédiatrie, de Neurologie, de Dermatologie et de Rhumatologie d'où un taux de recrutement important.

La forme familiale représente 18 % des formes de l'enfant [6, 7]. Comme chez l'adulte, l'atteinte oculaire est bilatérale et sévère liée à une vascularite occlusive et nécrosante [8], 2 de nos cas se sont présentés sous forme d'uvéite à hypopion. La panuvéite est la forme la plus fréquente et on a noté la grande fréquence des autres manifestations systémiques notamment neurologiques dans notre série.

La toxoplasmose

Elle représente dans certains pays la cause la plus fréquente des uvéites de l'enfant (70 %) [1, 3]. Cette fréquence est moins importante sous nos climats ; ceci est probablement dû aux différences d'habitudes alimentaires et à la rareté au niveau des domiciles d'animaux domestiques tels que les chats, principaux vecteurs de cette affection. L'atteinte postérieure peut s'associer à une hyalite dense et/ou à une iridocyclite. Dans notre série, nous avons relevé un seul cas de toxoplasmose qui a récidivé à plusieurs reprises malgré un traitement bien conduit entraînant une baisse importante de l'acuité visuelle bilatérale vu le siège maculaire bilatéral des foyers chorioretiniens.

La toxocarose

Elle est souvent responsable d'une baisse d'acuité visuelle importante. Le diagnostic est posé sur les données du contexte clinique et devant la présence d'anticorps spécifiques dans le sang et l'humeur aqueuse. Elle fait partie du diagnostic différentiel du rétinoblastome d'autant plus que des calcifications ont été rapportées dans des cas de toxocarose. Nous en avons relevé trois cas et nous avons constaté l'atteinte préférentielle de l'œil gauche. Le traitement anti-parasitaire à base de thiabendazole associé à la corticothérapie a entraîné l'amélioration de l'uvéite dans un cas et dans 2 autres cas, on a eu recours à une vitrectomie postérieure pour traiter des complications à type de tractions vitréo-rétiniennes.

Le syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada

Rare chez l'enfant, notre série en comporte 2 cas soit 10 %, dont une forme présentant plusieurs récurrences sous corticothérapie ayant nécessité le recours au cyclophosphamide ; ce cas s'est compliquée de kératopathie en bandelettes et de cataracte.

Tous les auteurs soulignent en effet la sévérité de l'uvéite et son début atypique, la fréquence des récurrences et/ou de la corticorésistance [9]. Il faut signaler également la haute incidence des complications à type de cataracte glaucome, atrophie de l'épithélium pigmenté qui conditionnent le pronostic visuel.

L'ophtalmie sympathique

Elle réalise un tableau similaire à celui de l'adulte [1, 10]. Nous avons identifié un cas soit 5 % de notre série. Ce patient a bénéficié d'une corticothérapie à forte dose et d'une phacoplagie avec vitrectomie postérieure. L'évolution a été favorable après un recul de

cinq ans mais son acuité visuelle est restée inférieure à 3/10 à cause de la présence d'un remaniement maculaire et d'une pâleur papillaire.

Les causes plus rares

Nous avons colligé un cas d'uvéite associée à une maladie coéliqua soit 5 %, ayant bien répondu au régime sans gluten et au traitement corticoïde.

Le traitement

Le traitement corticoïde reste le traitement de choix de l'uvéite de l'enfant, malgré les effets secondaires qu'il peut engendrer.

L'introduction des immunosuppresseurs reste très controversée [11]. Elle n'est justifiée qu'en cas de corticodépendance et corticorésistance ou d'uvéite postérieure bilatérale non contrôlée par la corticothérapie comme certains cas de maladie de Behçet et le cas de syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada rapportés dans notre série. L'indication et la prescription d'un immunosuppresseur doivent être discutées avec un interniste et/ou un pédiatre qui participeront également à la surveillance du traitement.

Le traitement chirurgical est réservé aux complications : cure de cataracte et/ou de glaucome après une période d'accalmie d'au moins six mois [12], sauf en cas d'urgence tel qu'un décollement de rétine ou d'hyertonie non jugulée par le traitement médical. Parmi nos patients, 2 ont présenté une cataracte compliquée secondaire à l'uvéite et 2 autres une hypertonie oculaire secondaire très probablement à la corticothérapie au long cours.

Le pronostic visuel reste souvent réservé malgré un traitement bien conduit. Dans notre série 28 % de nos patients ont gardé une acuité visuelle inférieure à 1/10.

CONCLUSION

Les uvéites de l'enfant ont un début et une évolution insidieux avec risque d'amblyopie. La démarche diagnostique doit être précise. Elles nécessitent souvent le recours à un traitement lourd chez un enfant en pleine croissance d'où l'importance d'une collaboration étroite avec le pédiatre. L'évolution est souvent torpide, grevée de complications. Le pronostic visuel est souvent réservé.

RÉFÉRENCES

1. Forster DJ, Rao NA. Uveitis in children. *Pediatric Ophthalmology and Strabismus*. Kenneth-Wright Editor. 1995.
2. Lepvrier-Guibal N, Tiret A, Prieur AM, Leira I, Dufier JL. L'uvéite des arthrites chroniques juvéniles. *J Fr Ophthalmol*, 1994;17:489-95.
3. Pivetti-Pezzi P. Uveitis in children. *Eur J Ophthalmol*, 1996;6:293-8.

4. Boone MI, Moore TL, Cruz OA. Screening for uveitis in juvenile rheumatoid arthritis. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*, 1998;34:41-3.
5. Dana MR, Uovers JM, Foster S. Visual outcome prognosis in juvenile Rheumatoid Arthritis associated Uveitis. *Ophthalmology*, 1997;104:145-54.
6. Kone-Paut I, Bernard JI. La maladie de Behçet chez l'enfant en France. *Arch Fr Pediatr*, 1993;50:561-5.
7. Pivetti-Pezzi P, Accortini M, Abdulaziz MA, La Cava M, Torella M, Riso D. Behçet disease in children. *J J Ophthalmol*, 1995;3:309-14.
8. Fujikawa S, Suemitsu T. Behçet disease in children: a nation wide retrospective survey in Japan. *Acta Paediatr Japon*, 1997;9:285-9.
9. Moorthy RS, Inomata H, Rao NA. Vogt-Koyanagi-Harada Syndrome. *Surv Ophthalmol*, 1995;39:265-92.
10. Paivonsalo-Hietanen T, Tuomina J, Saari KM. Uveitis in children: population based study in Finland. *Acta Ophthalmol Scand*, 2000;28:84-8.
11. Jabs DA, Rosenbaum JF, Foster CS *et al*. Guidelines for the use of immunosuppressive drugs in patients with ocular inflammatory disorders: recommendations of expert panel. *Am J Ophthalmol*, 2000;492:513.
12. Benezra D, Cohen E. Cataract Surgery in children with chronic uveitis. *Ophthalmology*, 2000;107:1255-60.