



Les uvéites de l'enfant « à propos de 62 cas »

Children's uveitis "about 62 cases"

Kheira Kerrouche, Said Beldjilali, Mabrouk Hafoudi

Service d'ophtalmologie
pédiatrique, Établissement
Hospitalier Spécialisé (EHS)
« Canastel », Oran – Algérie.

Correspondance à :

Kheira KERROUCHE

ophthalmo_kerrouche@yahoo.fr

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMSoa.2020.7209>

Historique de l'article :

Reçu le 23 juin 2020

Accepté le 15 septembre 2020

Publié le 09 novembre 2020

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

Objectif. Était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, étiologiques et évolutives des uvéites pédiatriques reçus au service d'ophtalmologie EHS Canastel Oran et de souligner leur impact sur le pronostic fonctionnel. **Matériel et méthodes.** Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective sur une période de 09 ans, du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2019. Elle regroupe tous les cas d'uvéites ayant nécessité l'hospitalisation. Tous les enfants ont bénéficié d'un bilan ophtalmologique complet, d'un bilan étiologique et d'un suivi régulier allant de 06 mois à 6 ans. **Résultats.** Au total 62 cas d'uvéites ont été recensés, avec une moyenne de 7 cas/an. L'âge moyen des patients est de 10 ans avec un sex-ratio 1,5. La cause inflammatoire était prépondérante dominée par l'arthrite juvénile idiopathique et l'HLA B27, 37% des cas étaient idiopathiques, alors que l'étiologie infectieuse n'était présente que dans 27,5% cas. L'atteinte était bilatérale dans 60% des cas, avec une prédominance des localisations antérieure et intermédiaire (62%). En plus du traitement spécifique antibiotique et antiviral dans les formes infectieuses l'ensemble des patients ont reçu une corticothérapie par voie locale et générale adaptée à chaque étiologie. Les complications oculaires ont été retrouvées dans 43,5 % des cas, dominées par l'hypertonie dans 30%, la cataracte dans 13%. L'acuité visuelle finale était inférieure à 1/10 dans 25%, chez 6 cas au niveau des deux yeux. **Conclusion.** Les caractéristiques des uvéites pédiatriques diffèrent d'une étude à une autre, cependant certaines particularités retrouvées dans notre étude sont habituellement décrites dans la plupart des séries à savoir, la fréquence des formes idiopathiques et celle liée à l'arthrite chronique juvénile ainsi que des complications potentiellement cécitantes qui sont secondaires à l'inflammation et au traitement.

Mots clés : uvéite, enfant, étiologie, complication.

ABSTRACT

Aim. Was to describe the epidemiological, clinical, etiological and evolutionary characteristics of pediatric uveitis received at the Ophthalmology Department of Canastel Hospital Oran and to highlight their impact on functional prognosis. **Methods.** This is a descriptive study, retrospective over a period of 09 years, from January 1, 2011 to December 31, 2019. It includes all cases of uveitis requiring hospitalization. All the children received a complete ophthalmological check-up, an etiological assessment and regular follow-up from 06 months to 6 years. **Results.** A total of 62 cases of uveitis were recorded, with an average of 7 cases/year. The average age of the patients is 10 years with a sex ratio of 1.5. The inflammatory cause was dominated by juvenile idiopathic arthritis and HLA B27, 37% of cases were idiopathic, while the infectious etiology was present in only 27.5% of cases. Affection was bilateral in 60% of cases, with a predominance of anterior and intermediate localizations (62%). In addition to specific antibiotic and antiviral treatment for the infectious forms, all patients received local and general corticosteroid therapy adapted to each etiology. Ocular complications were found in 43.5% of cases, dominated by hypertonia in 30%, cataract in 13%. Final visual acuity was less than 1/10 in 25%, in 6 cases in both eyes. **Conclusion.** The characteristics of pediatric uveitis differ from one study to another, however certain particularities found in our study are usually described in most series, namely, the frequency of idiopathic forms and that related to chronic juvenile arthritis as well as potentially blinding complications that are secondary to inflammation and treatment.

Key words : uveitis, child, etiology, complication.

INTRODUCTION

L'uvéite de l'enfant est une affection souvent grave, heureusement rare ne représentant que 3 à 10 % de l'ensemble des uvéites [1,2]. Sa gravité réside dans sa présentation souvent insidieuse « silencieuse » l'enfant exprime peu les troubles fonctionnelles conduisant fréquemment à sa découverte au stade de complications [3].

La démarche diagnostique étiologique devant une uvéite pédiatrique doit être bien codifiée et urgente. Elle est guidée par un interrogatoire précis, un examen ophtalmologique et général bien conduits qui orientent et canalisent le bilan para clinique. Quant au traitement, il est d'abord étiologique, il fait appel souvent à la corticothérapie locale et générale avec ses

nombreux effets secondaires sur un organisme en pleine croissance.

Objectif

Notre objectif était de décrire le profil épidémiologique et clinique des patients présentant une uvéite, hospitalisés dans notre service.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nous avons effectué une étude descriptive, rétrospective sur une période de 09 ans, du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2019.

Elle regroupe tous les cas d'uvéites ayant nécessité l'hospitalisation au service d'ophtalmologie pédiatrique (EHS Canastel d'Oran) durant cette période. Tous les patients ont bénéficié d'un bilan ophtalmologique complet comprenant :

Pour citer l'article :

Kerrouche K, Beldjilali S, Hafoudi M. Les uvéites de l'enfant « à propos de 62 cas ». *Batna J Med Sci* 2020;7(2):105-8. <https://doi.org/10.48087/BJMSoa.2020.7209>

- Un interrogatoire minutieux des parents et de l'enfant (si son âge le permet) à la recherche des antécédents récents ou anciens d'atteinte infectieuse ou inflammatoire systémique sans oublier de consulter son carnet de santé.
- Un examen ophtalmologique complet bilatéral et symétrique débutant par l'évaluation de l'acuité visuelle de loin et de près de chaque œil après une bonne correction optique, un examen du segment antérieur et du fond œil avec une prise du tonus oculaire.
- Des explorations para cliniques ophtalmologiques orientées en fonction de la forme anatomique de l'uvéïte et de la transparence des milieux : une angiographie fluoresceinique, une tomographie en cohérence optique (OCT), une échographie oculaire en mode B.
- Un bilan étiologique de base comprenant : une formule de numération sanguine (FNS), une C réactive protéine (CRP), une vitesse de sédimentation (VS), une électrophorèse des protéines, des sérologies (de la syphilis, la toxoplasmose, la toxocarose), une intradermoréaction à la tuberculine, un téléthorax et un examen clinique pédiatrique.

Le complément du bilan étiologique est orienté par l'anamnèse et les données de l'examen clinique. Les bilans spécifiques qui ont été demandé dans notre série sont les anticorps antinucléaires, le facteur rhumatoïde, l'inhibiteur de l'enzyme de conversion, calcémie la calciurie, l'étude cytologique et biochimique du LCR, l'IRM cérébrale et médullaire, le quantiféron, la biopsie des glandes salivaires accessoires, l'audiogramme et le typage HLAB27.

Avant de commencer le traitement une évaluation de la glycémie de la fonction rénale et un ionogramme est demandé.

- Le traitement est d'abord symptomatique local faisant appels aux collyres dilatateurs (mydriaticum ou atropine) et les anti-inflammatoires locaux (collyre, sous conjonctivale et sous ténionienne) associés selon les cas à des collyres hypotonisants. Le traitement général est adapté à l'étiologie retrouvée. Dans l'uvéïte infectieuse l'utilisation d'une antibiothérapie associée secondairement à la corticothérapie systémique alors que cette dernière est systématique dans les autres formes d'uvéïtes.
- Le suivi est régulier et à long terme, le rythme est adapté à la forme de l'uvéïte à son caractère chronique et ou récurrent.

RÉSULTATS

Sur une période de 09 ans, allant de 2011 à 2019, nous avons hospitalisé et pris en charge dans notre service d'ophtalmologie pédiatrique de l'EHS de Canastel, 62 cas d'uvéïte avec une moyenne annuelle de 7 cas par an.

La moyenne la plus élevée était de 11 cas enregistrés durant l'année 2019. Nous avons noté aussi que 64% des cas ont été enregistrés en fin d'automne et durant l'hiver.

L'âge moyen des patients était de 10 ans (allant de 4 à 16 ans), Quarante pourcent des patients avaient un âge entre 9 et 12 ans. La sex-ratio est de 1,5.

L'acuité visuelle à l'admission variée entre voir bougée la main et 4/10.

Les données cliniques ont montré que l'atteinte était bilatérale dans 62% des cas. L'uvéïte antérieure représentait 32%, l'intermédiaire 30,6% tandis que la panuvéïte représentait 22,5% selon le tableau n°1.

La forme non granulomateuse et synéchiante représentait 78%.

Tableau 1. Répartition suivant le type anatomique des uvéïtes

Type anatomique	N (%)
Uvéïte antérieure	20 (32)
Uvéïte intermédiaire	19 (30,6)
Panuvéïte	14 (22,5)
Uvéïte postérieure	9 (0,14)

Le bilan étiologique est revenu négatif chez 23 cas (37%) concluant en une forme idiopathique alors que l'étiologie infectieuse a représenté 27,5% (17 cas) dominée par la toxoplasmose et l'herpès. La cause inflammatoire était présente dans 35,5% (22 cas) dominée par l'arthrite chronique (AJI) et la spondylarthropathie. La figure n°1 résume la répartition des différentes étiologies de l'uvéïte de notre série.

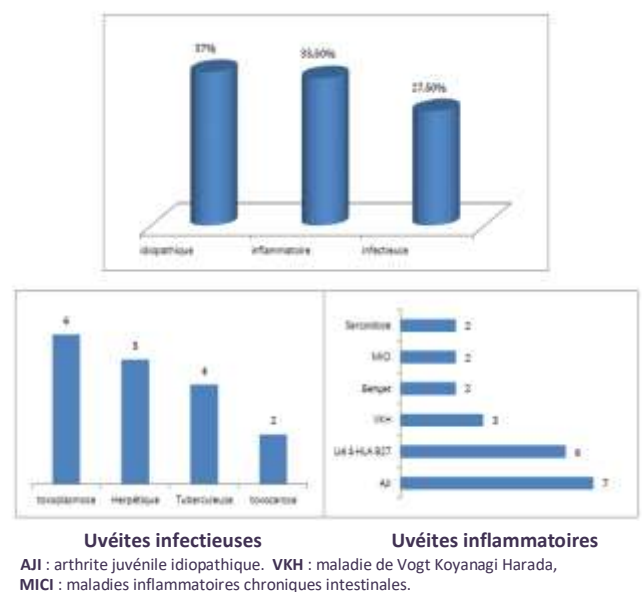


Figure 1. Répartition des différentes étiologies de l'uvéïte

Quarante trois pourcent de l'ensemble des patients soit 27 cas ont présenté des complications à l'admission et au cours de leur suivi dont neuf patients d'entre eux ont présenté plus de deux complications c'est-à-dire une cataracte associée à une hypertension et un œdème maculaire.

Trente pourcents de l'ensemble des patients soit 19 cas ont eu une hypertension oculaire dont 09 cas au cours d'une uvéïte antérieure, 18% (11 cas) ont présenté une cataracte, 11% (7 cas) ont été compliqués d'un œdème maculaire.

Le tableau n° 2 détaille la répartition des complications dans les différents types anatomiques d'uvéïte (U):

Tableau 2. Complications oculaires dans les différents types anatomiques d'uvéïte

Type d'uvéïte	U. antérieure N (%)	U. intermédiaire N (%)	Panuvéïte N (%)	U. postérieure N (%)	Total N (%)
Complications					
Hypertonie oculaire	9 (14)	5 (8)	5 (8)	0	19 (30)
Cataracte	6 (32)	3 (5)	2 (3,2)	0	11 (18)
Cœdème maculaire	0	5 (8)	1 (1,6)	1(1,6)	7 (11)
Décollement de rétine	0	0	1 (1,6)	0	1(1,6)
Kératite en bandelette	3 (5)	0	0	0	3 (5)

L'évolution de l'acuité visuelle sous traitement a montré qu'un quart des patients ont une acuité visuelle finale inférieure à 1/10^{ème}.

La figure n° 2 montre la répartition des acuités visuelles finales.

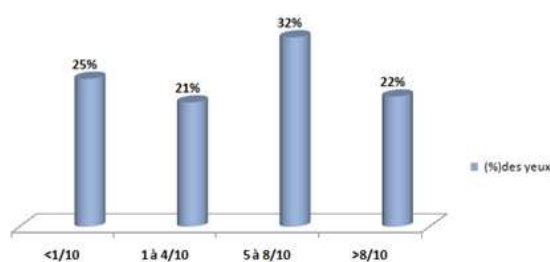


Figure 2. Répartition des acuités visuelles finales

DISCUSSION

Bien que les mécanismes pathogéniques de l'inflammation soient identiques aux atteintes observées chez l'adulte, l'uvéïte de l'enfant se distingue par plusieurs particularités :

Sur le plan épidémiologique par sa rareté, sa fréquence ne dépasse pas les 10% de l'ensemble des uvéïtes [1, 2].

L'âge moyen au diagnostic diffère suivant les séries et suivant le type anatomique mais aussi selon l'étiologie, il est compris entre six et dix ans dans 40% des cas [4]. L'atteinte touche aussi bien les filles que les garçons, cependant une prédominance féminine est notée dans certaines étiologies spécifiques telle que l'arthrite juvénile idiopathique [5]. Dans la littérature consultée, aucune notion de recrudescence saisonnière de l'uvéïte chez l'enfant n'a été signalée.

Nos résultats rejoignent ces données épidémiologiques, sauf que dans notre série nous avons noté plutôt une nette prédominance masculine ainsi qu'une augmentation du nombre de cas en hiver.

Sur le plan clinique, l'uvéïte pédiatrique se caractérise par la pauvreté des signes d'appels fonctionnels, l'enfant manifeste rarement la symptomatologie initiale de l'inflammation surtout dans les atteintes intermédiaires et postérieures et même dans certaines formes antérieures sans rougeur oculaire telle que l'AJI ; ce qui engendre un important retard de diagnostic.

L'uvéïte est souvent bilatérale chez l'enfant [3]. La forme anatomique antérieure est prépondérante, elle représente 30-50%, suivi par l'uvéïte postérieure 20-30% [3-5]. Nous rejoignant ces données sur la fréquence de l'atteinte bilatérale, et antérieure de l'uvéïte cependant dans notre série, l'uvéïte intermédiaire vient en 2^{ème} position avec 30,6%.

Chez l'enfant, il existe certaines étiologies qui lui sont spécifiques et qu'il faut connaître, telles que : l'arthrite juvénile idiopathique, la toxocarose, le Cinca syndrome et la maladie de Kawasaki [5]. Ces deux dernières pathologies sont cependant rares.

Les principales étiologies des uvéïtes pédiatriques rapportées dans les grandes séries de la littérature sont par ordre de fréquence les uvéïtes idiopathiques 28,8%, suivies des uvéïtes dans le cadre de l'arthrite juvénile idiopathique 20,9% [3, 6]

Dans notre série l'uvéïte idiopathique représentait 37%, suivie de l'uvéïte inflammatoire dans 35,5% et dans cette forme c'est l'AJI qui est l'étiologie la plus fréquente avec 32%.

Les uvéïtes dans le cadre de l'AJI de notre série ont été toutes antérieures, inaugurales de la pathologie chez deux cas, découvertes au stade de complications sévères bilatérales chez trois patientes. Ces chiffres se rapprochent des données de la littérature.

Pour nos uvéïtes infectieuses, la toxoplasmose représente 35%, sa présentation anatomique était postérieure et unilatérale pour tous les cas, tandis que l'uvéïte herpétique qui vient en seconde position avec 29% des cas, sa manifestation était variée dans notre série. Elle s'est présentée sous la forme d'une kérato-uvéïte antérieure granulomateuse hypertensive unilatérale chez trois cas, sous la forme d'une rétinite nécrosante chez un cas et sous la forme d'une panuvéïte chez le dernier cas. Quant aux deux cas de toxocarose, ils ont touché uniquement le segment postérieur, ces résultats sont similaires aux données de la littérature [7].

Parmi les étiologies inflammatoires en dehors de l'AJI, nous avons enregistré une série variée de pathologies à savoir : six cas de spondylarthropathie à manifestation antérieure aigue bruyante, trois cas de Vogt Koyanagi Harada sous forme de panuvéïte bilatérale à prédominance postérieure typique avec atteinte cutanée et neurologique. Deux cas de sarcoïdose oculaire sous forme d'une uvéïte antérieure granulomateuse associée à une vascularite confirmée par la biopsie des glandes salivaires accessoires et la positivité de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. Tandis que pour les deux cas de la maladie de Behçet, le diagnostic était typique chez le 1^{er} cas

par la présence de l'aphtose buccale et la panuvéïte à hypopion, alors que le 2^{ème} cas s'est présenté avec une vascularite occlusive bilatérale veineuse qui s'est complétée secondairement par l'aphtose buccale.

Chez les deux cas de la maladie de Crohn le diagnostic a été confirmé par la biopsie de la muqueuse intestinale.

Cependant notre série n'a comportée aucun cas de Cinca syndrome, ni de maladie de Kawasaki.

Concernant le traitement, la totalité de nos patients ont bénéficié d'une corticothérapie locale et générale instaurée en urgence précédée d'un traitement spécifique dans les formes infectieuses. Seulement deux cas ont bénéficié de l'indication des immunosuppresseurs prescrites et suivi par l'interniste, il s'agit d'un cas de maladie de Behçet et un cas d'AJI.

Les complications de l'inflammation sont fréquentes, très nombreuses et handicapantes chez l'enfant d'autant plus qu'elles sont déjà présentes au diagnostic. Chaque type anatomique et étiologique d'uvéïte s'individualise par une complication, à titre d'exemple, les uvéïtes antérieures de l'AJI se compliquent de cataracte, d'hypertonie et de kératite en bandelette, tandis que les uvéïtes intermédiaires se compliquent fréquemment de cataracte et surtout d'œdème maculaire [8, 9,10]. Dans notre série 43% des patients ont présenté une ou plusieurs complications de l'uvéïte auxquelles s'ajoutent celles liées au traitement cortisonique (cataracte et glaucome cortisonique). Ce chiffre se rapproche des données de la littérature [2,11].

Ces différentes complications ont retenti sur le pronostic visuel de nos patients avec des acuités visuelles finales inférieures à 1/10 (considérée comme cécité légale) chez 25% d'entre eux. L'étude faite par Chebil A et al sur 49 cas, 18% ont gardé une acuité visuelle inférieure à 1/10 [6], alors que l'étude de Laghmari M et al sur 20 cas d'uvéïtes pédiatriques a rapporté que 28 % de leurs patients ont conservé une acuité visuelle inférieure à 1/10 [12].

CONCLUSION

L'uvéïte pédiatrique reste une affection grave, de diagnostic clinique facile, mais étiologique souvent négatif nécessitant la multiplication des examens para cliniques. Son évolution est habituellement insidieuse et chronique émaillée de complications souvent amblyogènes malgré le traitement cortisonique qui occupe une place importante et incontournable. Elle nécessite de ce fait une prise en charge bien codifiée et une collaboration multidisciplinaire.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

- Clarke LA, Guex-Crosiera Y, Hofer M. Epidemiology of uveitis in children over a 10-year period. *Clin Exp Rheumatol* 2013; 31(4): 633–7.
- Guex-Crosiera Y, Vaudaux J, Hofer M. Prise en charge d'une uvéïte pédiatrique. *Paediatrica* Vol. 26 No. 5; 2015.
- Smith JA, Mackensen F, Sen HN, et al. Epidemiology and course of disease in childhood uveitis. *Ophthalmology* 2009; 116(8): 1544–51. 51.e1
- Brézin A. Les uvéïtes. Rapport de la société française d'ophtalmologie Paris : Masson (2010).
- Poulin M, Mortemousque B. Etiologies de l'uvéïte chez l'enfant et bilan étiologique. *Réflexions ophtalmologiques ; N° 171-Tome 19- janvier 2014*, pp 15-18.
- Chebil A et al. Étude épidémiologique des uvéïtes de l'enfant à propos de 49 cas. *JFO* janvier 2012 ; Volume 35, numéro 1 pages 30-34.
- Guex-Crosiera Y et al. L'uvéïte non infectieuse de l'enfant. Recommandations des groupes de travail de l'uvéïte et de Rhumatologie pédiatrique *Forum Med Suisse* 2012; 12(38):739–741.
- Rosenberg KD, Feuer WJ, Davis JL. Ocular complications of pediatric uveitis. *Ophthalmology* 2004; 111: 2299-306.
- Ducos de Lahitte G et al. Maculopathy in uveitis or juvenile idiopathic arthritis: an optical coherence tomography study. *Br J Ophthalmol* 2008; 92: 64-9.
- Bonnet C, Monnet D. Uvéïtes non infectieuses. Urgence en ophtalmologie. Elsevier ; Masson Rapport de la SFO 2018; chap.5.2 ; pp 380-400.
- Anesi SD, Foster CS. Importance of recognizing and preventing blindness from juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012; 64(5): 653–7.
- Laghmari M et al. L'uvéïte de l'enfant à propos de 20 cas. *JFO* volume 26, N°6 juin 2003 pp.609-613.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- *Open access* : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.net

