

Bilan de première intention d'une uvéite en ville

Julie Gueudry, Marc Muraine

Les uvéites sont des maladies rares et de causes variées. Elles sont potentiellement cécitantes et représentent encore la troisième cause de cécité dans les pays industrialisés. L'uvéite peut correspondre à la partie émergée d'un iceberg et révéler une maladie générale. La recherche d'une cause à toute uvéite est donc indispensable. Certains automatismes cliniques lors de l'examen initial associés à des examens complémentaires simples permettent d'orienter les explorations supplémentaires et le traitement dans la bonne direction en évitant certains pièges.

L'uvéite associée au HLA-B27 est la plus fréquente

Le taux de diagnostic des uvéites pour Rothova *et al.* est de 73 % sur 865 patients, avec en tête de file, en termes de fréquence, l'uvéite associée au HLA-B27, puis la toxoplasmose prouvée ou présumée. Les maladies systémiques les plus fréquemment associées sont, dans cette étude, la sarcoïdose et les spondyloarthropathies. Dans le cas des uvéites sévères, d'après Bodaghi *et al.*, le taux de diagnostic est de 66 % sur 927 patients. Les étiologies les plus fréquentes sont alors la maladie de Behçet, l'herpès et la toxoplasmose.

La clef de voûte du diagnostic étiologique d'une uvéite est l'examen clinique

La classification d'une uvéite permet de l'intégrer dans un cadre nosologique orientant d'emblée vers certaines étiologies. La classification actuelle des uvéites est anatomique. Elle repose sur le lieu où prédomine l'inflammation. Elle distingue les uvéites antérieures, associées à une atteinte de l'iris et du corps ciliaire, les uvéites intermédiaires, associées à une atteinte du vitré et de la pars plana, les uvéites postérieures associées à une atteinte de la choroïde et de la rétine et les panuvéites. Les complications associées ne font pas changer un type d'uvéite pour un autre. Par exemple, une uvéite antérieure associée au HLA-B27 compliquée d'un œdème maculaire reste classée dans les uvéites antérieures. Tout comme l'existence de vascularites périphériques ou d'un œdème maculaire ne modifie pas la classification d'une uvéite intermédiaire.

L'accès au fond d'œil est nécessaire

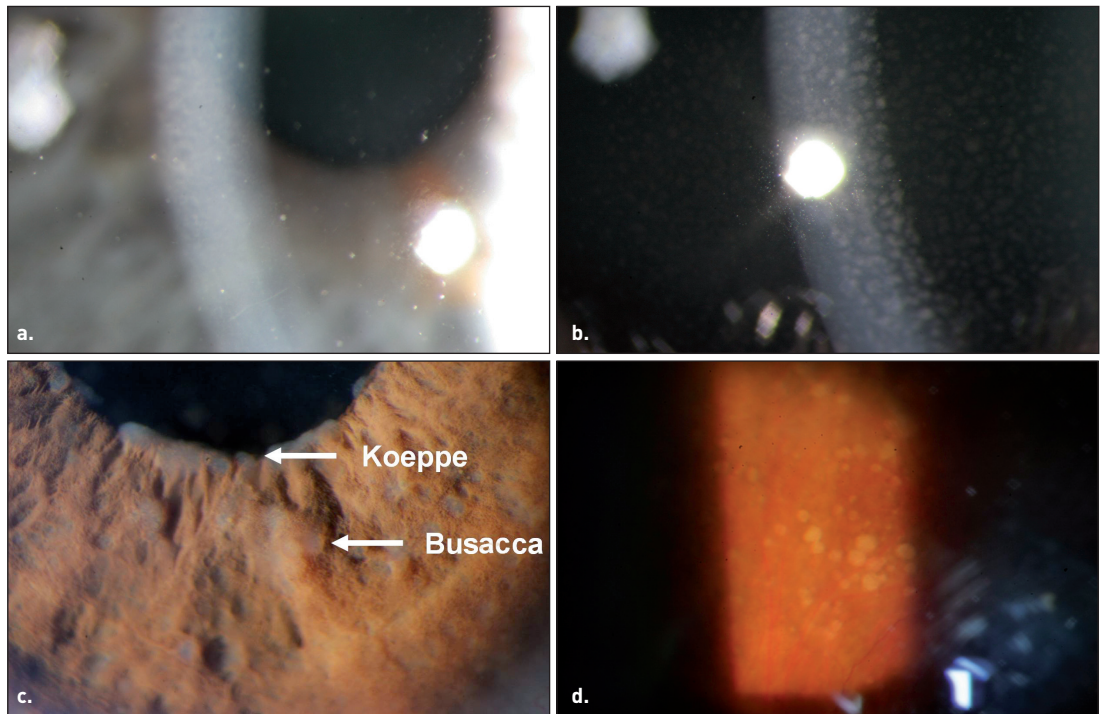
L'examen dilaté des deux yeux est capital. Il permettra de savoir si l'atteinte est uniquement antérieure et si elle est uni- ou bilatérale. Quand le fond d'œil est inaccessible lors de la première consultation, le renouvellement de l'examen après 24-48 heures de traitement permet d'identifier une éventuelle atteinte postérieure. Enfin, il est nécessaire de définir le caractère granulomateux de l'atteinte. Cette identification permet de restreindre le nombre des étiologies possibles, même si elle n'est pas toujours aisée. Dans le cadre d'une uvéite granulomateuse, des précipités granulomateux peuvent être retrouvés, soit fins et spiculés (type uvéite de Fuchs), soit de taille moyenne plus ou moins centraux (type herpès), soit en graisse de mouton (comme dans la sarcoïdose ou la tuberculose). Il peut également exister des nodules iriens de Koeppe (bord pupillaire) ou/et Busacca (stroma irien). Enfin, un aspect de *choroïdite multifocale périphérique* sera évocateur (figure 1). À l'inverse, des précipités rétrocornéens fins en poussière, de la fibrine en chambre antérieure et un hypopion seront évocateurs d'une uvéite non granulomateuse.

Toute uvéite peut commencer sur le mode non granulomateux

Ainsi, il a été décrit que plus de la moitié des patients pour lequel le diagnostic de sarcoïdose avait été finalement prouvé histologiquement présentait initialement une uvéite non granulomateuse. Cependant, certains principes peuvent s'appliquer. Ainsi, les uvéites associées au HLA-B27 et à la maladie de Behçet ne sont jamais

Service d'ophtalmologie, hôpital Charles Nicolle, CHU de Rouen.

Figure 1. Uvéite granulomateuse.
Précipités rétrocornéens granulomateux fins spiculés d'une uvéite de Fuchs (a) ou de taille moyenne plus ou moins centraux d'une uvéite herpétique (b). Nodules iriens de Koeppe (bord pupillaire) et de Busacca (stroma irien) (c). Aspect de choroïdite multifocale périphérique (d).



granulomateuses. Les synéchies irido-cristalliniennes sont toujours absentes dans la cyclite hétérochromique de Fuchs. Une uvéite unilatérale doit faire évoquer avant toute chose un processus infectieux surtout quand elle est granulomateuse et corticodépendante ou corticorésistante à de hauts niveaux.

L'interrogatoire sera alors dirigé en fonction des hypothèses diagnostiques issues de l'examen clinique

Ainsi, devant une uvéite non granulomateuse unilatérale, il faudra interroger le patient sur d'éventuelles lombalgies ou l'existence de psoriasis. Devant une uvéite intermédiaire, il faudra s'intéresser à d'éventuels signes neurologiques. Cependant quelques questions systématiques sont nécessaires (tableau I). Questionner le patient sur une aphtose buccale est nécessaire du fait de la morbidité ophtalmologique de la maladie de Behçet. Enfin, il faudra se renseigner sur le traitement par voie générale et en collyre à la recherche de médicaments inducteurs d'uvéites, comme la rifabutine, les biphosphonates et le collyre à la brimonidine (figure 2).

Un bilan étiologique minimal sera proposé lors de l'évaluation initiale d'une uvéite

Au terme de cet examen clinique, le diagnostic étiologique peut être purement ophtalmologique et ne pas justifier habituellement d'explorations complémentaires

Tableau I. Interrogatoire « minimal » devant une uvéite.

- Herpès buccal ?
- Aphtose buccale ?
- Contage tuberculeux ?
- Origine géographique du patient ?
- Piqûre de tiques ?
- Animaux à la maison ?
- Voyages ?
- Contexte général associé ?

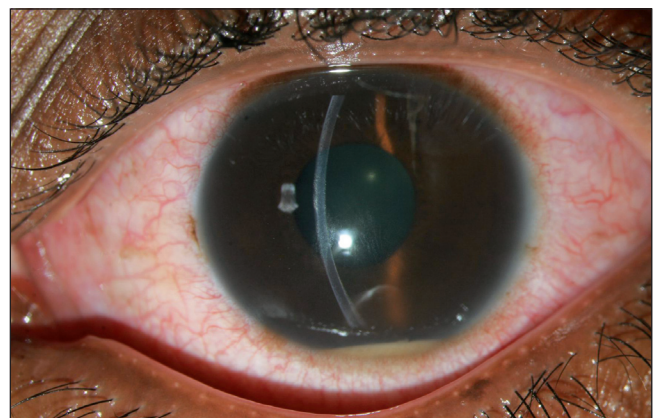


Figure 2. Uvéite non granulomateuse secondaire à la prise de rifabutine; absence de précipités rétrocornéens visibles et hypopyon en chambre antérieure.

comme pour une rétinocoroïdite toxoplasmique, une uvéite herpétique ou une cyclite hétérochromique de Fuchs. Cependant, dans la plupart des cas, les hypothèses diagnostiques nécessiteront une confirmation. Un bilan minimal sera proposé (tableau II) et complété en fonction des hypothèses diagnostiques.

Le typage HLA-B27 sera demandé devant une uvéite non granulomateuse. La recherche de facteurs antinucléaires chez l'enfant est utile pour documenter une éventuelle arthrite juvénile idiopathique. La recherche de facteurs antinucléaires ou le dosage du facteur rhumatoïde n'est pas systématiquement nécessaire chez l'adulte. En effet, la polyarthrite rhumatoïde et le lupus provoquent bien plus fréquemment des sclérites et non des uvéites. Le lupus peut être associé à des vascularites rétiniennes occlusives. En cas d'uvéite intermédiaire, il faudra faire pratiquer une IRM cérébrale et, chez le sujet âgé, suspecter une fausse uvéite à type de lymphome intraoculaire primitif. Un bilan étendu systématique garde un intérêt pour les uvéites chroniques sévères.

Les tests *in vitro* de sécrétion d'interféron aident au diagnostic de tuberculose maladie extrapulmonaire

Il existe deux tests, le QuantiFERON-TB® et le T-Spot TB®. Ces tests reproduisent *in vitro* et de façon standardisée la première étape de la réaction immunologique

d'hypersensibilité retardée à *Mycobacterium tuberculosis*. Ils se pratiquent à partir d'un prélèvement sanguin. Au cours de ces tests, les lymphocytes T sanguins sont stimulés *in vitro* par l'antigène tuberculeux et la production d'IFN γ (*Neutrophil-derived Interferon Gamma*) est mesurée le lendemain. La particularité de ces tests est d'utiliser non plus la tuberculine mais des antigènes non partagés par le BCG ou la plupart des mycobactéries atypiques. Un test positif traduit la présence dans le sang du sujet de cellules T effectrices mémoire ou effectrices spécifiques de *Mycobacterium tuberculosis*, reflétant un contagement par cette mycobactérie. Cependant, dans cette situation, le résultat du test ne permet pas de faire la différence entre une infection tuberculeuse latente et une tuberculose maladie. Ces tests ne sont pas recommandés en France pour le diagnostic de la tuberculose maladie en dehors des formes extrapulmonaires de diagnostic difficile, cas de figure des uvéites présumées tuberculeuses. Ces tests pourront donc être proposés rapidement chez les patients originaires de zones géographiques à forte incidence, lors de l'existence d'un contagement tuberculeux et chez les sujets âgés. Cependant, ces tests ne sont pas inscrits pour le moment dans les actes de la nomenclature de biologie et ne sont donc pas remboursés.

Enfin, la survenue d'une uvéite chez un patient immunodéprimé ou entraînant une baisse profonde de l'acuité visuelle associée à des vascularites et/ou des plages de nécrose rétinienne doit alerter et faire référer le patient rapidement.

Tableau II. Bilan « minimal » devant une uvéite.

- Numération formule sanguine (NFS).
- Vitesse de sédimentation, CRP.
- Sérologie syphilis (TPHA, VDRL).
- Dosage de l'enzyme de conversion.
- Intradermoréaction à la tuberculine.
- Radiographie pulmonaire.
- Recherche de facteurs antinucléaires chez l'enfant.
- Typage HLA-B27 si non granulomateuse.

À retenir

- Examiner le segment postérieur (parfois après 24 à 48 heures).
- Éliminer une fausse uvéite.
- Pratiquer un bilan minimal.

Pour en savoir en plus

Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT; Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the first international workshop. *Am J Ophthalmol.* 2005;140(3):509-16.

Evans M, Sharma O, LaBree L *et al.* Differences in clinical findings between Caucasians and African Americans with biopsy-proven sarcoidosis. *Ophthalmology.* 2007;114(2):325-33.

Bodaghi B, Cassoux N, Wechsler B *et al.* Chronic severe uveitis: etiology and visual outcome in 927 patients from a single center. *Medicine (Baltimore).* 2001;80(4):263-70.

Rothova A, Buitenhuis HJ, Meenken C *et al.* Uveitis and systemic disease. *Br J Ophthalmol.* 1992;76(3):137-41.

Bouillet L, Sarrot-Reynaud F, Gonzalez B *et al.* Prise en charge diagnostique des uvéites. À propos d'une étude prospective de 125 patients. *J Fr Ophtalmol.* 2000;23(6):569-75.

Gineys R, Bodaghi B, Carcelain G *et al.* QuantiFERON-TB gold cut-off value: implications for the management of tuberculosis-related ocular inflammation. *Am J Ophthalmol.* 2011;152(3):433-40.

Bodaghi B. Conduite à tenir devant une uvéite pédiatrique. In: Bodaghi B, LeHoang P, eds. Uvéite. Paris : Elsevier. 2010.