

L'uvéite, l'inflammation la plus fréquente de l'œil, indicateur de plus d'une centaine de pathologies

Par Dr Khadija Moussayer (1), spécialiste en médecine interne et en gériatrie



Pharmacies.ma

L'association marocaine des maladies auto-immunes et systémiques – AMMAIS, à la suite de la Journée Mondiale du Braille le 4 janvier, tient à rappeler que 75 % des cécités sont évitables, ainsi que l'indique l'Organisation Mondiale de la Santé dans son plan « vision 2020 ». Les uvéites en sont une cause majeure alors que l'on peut les prévenir par une prise en charge adéquate et à temps.

Elles sont en effet la forme la plus fréquente des inflammations de l'œil : la prévalence (nombre de patients ayant une uvéite à un moment donné) varie selon les pays de 38 à 714 personnes pour 100 000 habitants. Elles provoquent une baisse de vision significative chez un tiers des personnes touchées et représentent actuellement la troisième cause de cécité ou de perte de vision sévère dans le monde après la cataracte et le glaucome : 10% des cécités sont dues à cette pathologie qui survient à tout âge, mais plutôt entre 20 et 60 ans.

- Types et symptômes des uvéites

Une uvéite correspond à l'inflammation de l'uvée qui est la membrane intermédiaire (entre la rétine et la sclérotique), vasculaire et nourricière de l'œil : selon la localisation principale de l'inflammation, l'uvéite est soit antérieure, soit intermédiaire ou postérieure. Elle peut aussi être totale (panuvéite) quand elle touche ces 3 segments.

- L'uvéite antérieure (relative principalement à l'iris et/ou au corps ciliaire) se manifeste par une douleur oculaire intense, une photophobie (peur de la lumière) et/ou une rougeur oculaire et/ou encore une baisse de l'acuité visuelle.

- L'uvéite intermédiaire (qui touche le corps vitré et/ou la partie postérieure du corps ciliaire), généralement indolore, provoque une baisse de l'acuité visuelle, une sensation de brouillard visuel et la perception de petites tâches noires irrégulières et fluctuantes.

- L'uvéite postérieure ou choréïdite se manifeste par une diminution de la vision et la sensation de corps flottants, se conjuguant souvent à une inflammation de la rétine adjacente.

Toutes ces uvéites peuvent se limiter à une seule et unique poussée ou au contraire avoir des récurrences fréquentes pendant des mois, voire des années, concerner un seul œil ou les 2 yeux et être bénignes ou potentiellement cécitantes.

- Une prise en charge rapide et en deux temps

Au moindre signal d'alerte tel que décrit ci-dessus, il convient d'inciter la personne concernée à consulter rapidement un ophtalmologue afin qu'il localise l'atteinte et prenne les premières mesures thérapeutiques nécessaires. Sinon, une uvéite peut rapidement altérer l'œil ou évoluer vers des complications compromettant la vision, notamment le glaucome et la cataracte.

La corticothérapie par voie locale ou générale reste consensuellement indiquée en première intention et ce, quelle que soit la cause de l'uvéite. Des dilatateurs de la pupille (atropine) sont appliqués pour éviter la constitution de synéchies (accolement iridocristalinien). En cas d'inflammation oculaire réfractaire, un traitement immunosuppresseur classique et/ou un traitement biothérapeutique (anti-TNF alpha notamment) peut s'imposer.

La seconde démarche toute aussi indispensable est la recherche d'une pathologie sous-jacente, en collaboration notamment, suivant les cas, avec un médecin généraliste ou spécialiste (en médecine interne, rhumatologie, infectiologie, pneumologie...).

- La cause des uvéites : plus de 100 maladies auto-immunes (MAI) ou infectieuses impliquées

Au-delà d'une forme idiopathique, dans au moins 25 % des cas, ou d'une cause évidente comme une infection locorégionale ORL ou dentaire de voisinage ou encore d'une rare cause médicamenteuse, une uvéite provient généralement d'une maladie infectieuse (herpès, oreillons, chlamydiae, tuberculose, lèpre, syphilis, onchocercose, toxoplasmose, toxocarose, cytomégalovirus...) ou d'une maladie auto-immune (c'est-à-dire d'une maladie où le système immunitaire, chargé normalement de la défense de l'organisme contre les agressions des bactéries, virus, parasites, etc., se retourne contre les propres cellules de l'organisme) et/ou systémique.

La localisation de l'uvéite et l'épidémiologie permettent d'en appréhender les causes les plus probables :

- L'uvéite antérieure est la plus fréquente - de 40 à 50 % des cas d'uvéite - et est le plus souvent liée dans près de la moitié des cas à la présence de l'antigène HLA-B27, un marqueur génétique à la surface des cellules qui représente un facteur de risque à la survenue de maladies auto-immunes. Ces uvéites associées à l' HLA B27 sont le plus souvent le signe d'une spondylarthrite ankylosante chez l'adulte.

D'autres maladies auto-immunes peuvent causer des uvéites telles le rhumatisme psoriasique et les maladies inflammatoires intestinales chroniques. Parmi les autres causes possibles de l'uvéite antérieure, on trouvera ensuite la sarcoïdose (pathologie qui atteint surtout les poumons, mais aussi n'importe quel autre organe), la maladie de Reiter ou une maladie infectieuse (herpès principalement). L'étiologie pour les enfants jusqu'à 16 ans est particulière puisqu'elle est majoritairement en relation avec une arthrite juvénile idiopathique.

- Les uvéites intermédiaires sont les plus rares et pour la plupart idiopathiques. Les associations spécifiques sont la sarcoïdose, la sclérose en plaque - une autre maladie auto-immune - et le virus T-lymphotrope 1 humain (HTLV-1).

Les uvéites postérieures représentent 15-30 % de toutes les uvéites : parmi les diagnostics les plus fréquents, on observe par ordre d'importance la toxoplasmose oculaire, la sarcoïdose, la maladie de Behçet et parfois aussi la tuberculose. On constate également depuis peu avec l'arrivée du SIDA des cas de rétinopathie provoquant une uvéite postérieure dus au cytomégalovirus (CMV).

Les Panuvéites sont associées notamment à la sarcoïdose, la maladie de Behçet ou encore la maladie de Vogt-Koyanagi-Harada. Pour les populations d'Afrique noire équatoriale, elles restent la seconde forme la plus fréquente d'uvéite due à un ver parasitaire à l'origine de l'onchocercose appelée encore cécité du fleuve.

- Des examens approfondis pour un traitement étiologique efficace

Les étiologies des uvéites sont donc extrêmement variées. Il est nécessaire de faire des examens approfondis qui porteront notamment et suivant les cas sur la radiographie du thorax, la formule sanguine, la vitesse de sédimentation et la protéine C réactive (CRP), l'enzyme de conversion de l'angiotensine (un indicateur de la sarcoïdose), la présence de l'HLA-B27 (en cas d'évolution sévère d'une uvéite antérieure), l'HLA-B51 (indice en faveur d'une maladie de Behçet), les sérologies (syphilis, borréliose, toxoplasmose, toxocarose), le test diagnostique de la tuberculose, les anticorps antinucléaires...

Ce processus doit permettre ensuite normalement d'appliquer le traitement adéquat à la maladie incriminée.

Références :

- OMS - Initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable: plan d'action 2006-2011 ISBN 978 92 4 259588

- Bodaghi B, Cassoux N, Wechsler B, Hannouche D, Fardeau C, Papo T, Huong DL, Piette JC, LeHoang P - Chronic severe uveitis: etiology and visual outcome in 927 patients from a single center. *Medecine (Baltimore)*. 2001;80:263-70

- Wakefield D., Chang JH.- épidemiology of uveitis – *International Ophthalmology Clinics* 2005 , 45 (2) : 1-13

- Veit Sturm, Fabio Meier - épidémiologie et diagnostic de l'uvéite – *Forum Médical Suisse* – 2007 ; 7 ; 1012-1017

- Laghmari M., Karim A., Guédira K, Ibrahim W., Dahredine M., Essakallin H. - Les uvéites de l'enfant : à propos de 20 cas - *Journal français d'ophtalmologie* 2003, vol. 26, no6, pp. 609-613

- C. P. Herbort, V. Tao Tran, C. Auer et F. Spertini Les uvéites : approche diagnostique multi disciplinaire actualisée à l'usage de l'ophtalmologue et de l'interniste - *Revue Médicale Suisse* N° 554 -15/08/2003

- Suhler EB, Smith JR, Giles TR et Als. Infliximab therapy for refractory uveitis: 2-year results of a prospective trial, *Arch Ophthalmol*, 2009 ; 127:819-22

- S. Abad, P. Sève, R. Dhote, A.-P. Brézin - Uvéites et médecine interne : stratégies diagnostique et thérapeutique - *La Revue de Médecine Interne*, 2009, volume 30, Issue 6, Pages 492-500

Mots clés : Uvéite, Journée Mondiale du Braille, cécité, ophtalmologie, médecine interne, rhumatologie, maladies auto-immunes, spondylarthrite ankylosante, sclérose en plaques, rhumatisme psoriasique, maladies inflammatoires intestinales chroniques, maladie de Behçet, sarcoïdose, toxoplasmose, onchocercose, tuberculose, association marocaine des maladies auto-immunes et systémiques – AMMAIS.

(1) Présidente de l'Association Marocaine Des Maladies Auto-immunes et systémiques AMMAIS