

Revue générale

Principes de prise en charge médicale et chirurgicale des uvéites de l'enfant

RÉSUMÉ : L'objectif du traitement de l'uvéite est d'abord de soulager les symptômes, restaurer la vue et prévenir toute perte de vision. Le traitement a également pour but de supprimer l'inflammation afin d'éviter les complications liées à l'épisode aigu de l'uvéite ou celles secondaires à l'inflammation chronique. Il faut également tenir compte des effets secondaires possibles des traitements. C'est ainsi que la dose minimale efficace sera recherchée.

Devant une uvéite pédiatrique, il convient de chercher une éventuelle maladie sous-jacente et de la diagnostiquer assez tôt. Le traitement doit être débuté rapidement et le suivi suffisamment rapproché. Les traitements des uvéites diffèrent selon l'âge du patient, la nature infectieuse ou non, la localisation anatomique et le degré de gravité. L'avènement des biothérapies a complètement transformé la prise en charge des uvéites pédiatriques.



M.-H. ERRERA

University Pittsburgh Medical Center & Children Hospital Pittsburgh, Département d'Ophtalmologie ; Pittsburgh University School of Medicine, Pennsylvanie, États-Unis.

Complications des uvéites

Les uvéites antérieures chroniques peuvent se compliquer :

- de kératites en bandelettes ;
- de synéchies postérieures, leur présence sur 360° augmente le risque d'hypertonie oculaire et de glaucome ;
- d'une cataracte, favorisée par l'inflammation chronique et par la corticothérapie locale ou générale ;
- d'un œdème maculaire, d'atrophie maculaire ;
- d'un œdème papillaire ;
- d'hypertonie oculaire ;
- autres : néovaisseaux iriens ou choroïdiens, vascularite rétinienne, amblyopie-cécité ;
- d'hémorragies intravitréennes, de décollement de la rétine surtout dans le cas des uvéites intermédiaires ;
- d'hémorragies et d'occlusions vasculaires, surtout lors des uvéites postérieures.

Principe du traitement des uvéites pédiatriques

Les injections locales par voie périoculaire ou intravitréennes de corticoïdes

retard ne sont pas utilisées en premier lieu chez l'enfant, principalement en raison du risque d'hypertonie oculaire et de cataracte. Ces injections sont à discuter en pré- ou peropératoire d'une chirurgie oculaire, essentiellement la cataracte.

Les infections intraoculaires sont traitées par des antibiotiques, des antiviraux ou des antiparasitaires selon la nature de l'infection. Les uvéites non infectieuses sont traitées par des anti-inflammatoires corticoïdes et si besoin par des immunosuppresseurs conventionnels, voire des biothérapies selon la réponse clinique.

L'uvéite antérieure est traitée par des collyres corticoïdes, et l'uvéite intermédiaire grave, l'uvéite postérieure et la panuvéite sont traitées par des corticoïdes *per os* et/ou intraveineux, voire des immunosuppresseurs en cas d'uvéites graves ou des biothérapies.

L'hypertonie peut entraîner une réduction du champ visuel persistante. Les collyres de cortisone prescrits pour le traitement de la crise d'uvéite en sont parfois la cause, tout comme les corticoïdes par voie intra- ou périoculaire

I Revues générales

POINTS FORTS

- Chez tout patient suspect d'arthrite juvénile idiopathique, une évaluation ophtalmologique est indispensable dès les premières semaines de la prise en charge afin d'éliminer l'existence d'une uvéite chronique.
- Le traitement d'une uvéite infectieuse fait appel à des agents antimicrobiens (antiviraux, antiparasitaires et antibiotiques).
- Le traitement des uvéites chroniques non infectieuses dépend de leur gravité mais également de leurs caractéristiques et de leur localisation. Les corticoïdes sont souvent le traitement de première intention. Des immunomodulateurs peuvent être nécessaires dans certains cas.
- Les principaux effets secondaires des corticoïdes par voie générale chez l'enfant sont, à forte dose, l'aspect cushingoïde qui disparaît spontanément à l'arrêt du traitement, la prise de poids en cas de non-respect des règles hygiéno-diététiques et le ralentissement de la croissance.
- Dans les uvéites chroniques non infectieuses de l'enfant, l'indication, l'initiation et le suivi d'une corticothérapie générale et/ou d'un traitement immunomodulateur nécessite une coopération entre ophtalmologiste/pédiatre et rhumatologue.
- Une rééducation orthoptique précoce est essentielle dans le cadre de la prise en charge de baisses visuelles, notamment la prévention de l'amblyopie.

ou orale. Dans ces cas, l'arrêt de la corticothérapie et l'ajout de collyres et/ou de comprimés hypotonisants est indiqué. L'hypertonie peut également être secondaire à l'uvéite. Dans ce cas, les mécanismes physiopathologiques sont les suivants : augmentation de la résistance à l'évacuation de l'humeur aqueuse, trabéculette (inflammation du trabéculum), formation de synéchies postérieures (entre iris et cristallin), formation de synéchies antérieures périphériques (entre iris et cornée), rotation antérieure du corps ciliaire, etc. Le traitement de l'uvéite, souvent par des corticoïdes, permettra de rétablir un tonus normal. En cas d'hypertonie menaçante, une chirurgie est pratiquée.

Les synéchies iridocristalliniennes peuvent entraîner une hypertonie lors-

qu'elles sont présentes sur 360°. Dans ce cas, leur traitement consiste en une iridectomie périphérique conjointement à un traitement hypotonisant.

L'œdème maculaire peut être traité par des corticoïdes (voie orale, intraveineuse, péri- ou intraoculaire) ou par des immunosuppresseurs.

Le traitement d'une néovascularisation prérétinienne ou prépapillaire avec risque d'hémorragie intravitréenne consiste en une photocoagulation laser en consultation ou sous anesthésie générale en fonction de l'âge de l'enfant, ou une vitrectomie avec endolaser en cas d'hémorragie intravitréenne. Si les néovaisseaux sont choroïdiens, des injections intravitréennes itératives d'anti-VEGF seront réalisées.

Traitement d'une uvéite infectieuse

Le traitement d'une uvéite infectieuse fait d'abord appel à un traitement anti-infectieux. Les corticoïdes seront prescrits selon le degré de l'inflammation et sont à discuter au cas par cas.

L'atteinte rétinohoroïdienne de la toxoplasmose est de loin l'uvéite postérieure la plus fréquente. Le traitement antiparasitaire comprend le plus souvent une association pyriméthamine et azithromycine en fonction de l'âge de l'enfant.

Traitement d'une uvéite non infectieuse

Le traitement des uvéites non infectieuses repose d'abord sur la corticothérapie par voie locale topique, par injections oculaires ou périoculaires ou par voie générale, selon le degré de gravité de l'uvéite. Chez les patients qui nécessitent un traitement prolongé avec des doses minimales de corticoïdes topiques, un traitement immunomodulateur est alors utilisé en seconde intention, soit en cas d'inefficacité des corticoïdes, soit en cas de rechute à la décroissance des corticoïdes. Dans les uvéites chroniques non infectieuses de l'arthrite juvénile idiopathique et les uvéites chroniques non infectieuses idiopathiques de même sémiologie ophtalmologique, le méthotrexate ou une biothérapie d'emblée en association est utilisé comme traitement de fond.

Les autres immunomodulateurs utilisés dans les uvéites non infectieuses de l'enfant sont les antimétabolites, l'azathioprine, le mycophénolate mofétil (MMF), les inhibiteurs du signal de transduction, la cyclosporine, le tacrolimus et l'interféron alpha (IFN α). Ils peuvent être choisis en alternative au méthotrexate lorsque ce dernier n'a pas été efficace ou toléré, ou lorsqu'il est contre-indiqué. Ces immunosuppresseurs peuvent aussi

être privilégiés en fonction de la cause de l'uvéïte. L'adalimumab, un anti-TNF α , a ainsi montré sa supériorité par rapport au placebo dans le traitement des uvéïtes antérieures des arthrites juvéniles idiopathiques [1, 2].

D'autres biothérapies recommandées pour traiter certaines pathologies systémiques ont montré leur efficacité dans le domaine des uvéïtes, mais sans autorisation de mise sur le marché (AMM) : des anti-TNF α (infliximab [3], certolizumab, golimumab), des anti-interleukines (IL) 1 (anakinra), anti-IL2 (daclizumab), anti-IL6 (tocilizumab), des inhibiteurs d'activation des lymphocytes T (abatacept) et un anticorps monoclonal chimérique contre l'antigène CD20 des cellules B (rituximab).

Chirurgie ophtalmologique dans le traitement des uvéïtes pédiatriques

Une ponction de chambre antérieure peut être réalisée sous anesthésie locale en fonction de l'âge du patient afin de diagnostiquer une cause infectieuse, ou de réaliser une injection intravitréenne de corticoïdes ou anti-VEGF. Ces gestes nécessitent une anesthésie générale chez l'enfant.

En cas de kératite en bandelette, une kératectomie superficielle manuelle

après chélation des dépôts par de l'EDTA topique ou par laser excimer (PTK) est effectuée [4]. L'irritation sera traitée par collyres topiques.

En cas de cataracte dense, une chirurgie par phacoémulsification et implant en chambre postérieure est réalisée. La chirurgie de la cataracte sur uvéïte de l'enfant ne doit être proposée que sous couvert d'un traitement anti-inflammatoire optimal. L'implantation dans le sac améliore le pronostic fonctionnel mais impose un contrôle péri-opératoire optimal de l'inflammation, faisant appel à une corticothérapie locale et systémique, éventuellement associée à un traitement immunosuppresseur [5].

Remerciements aux auteurs du Protocole national de diagnostic et de soins 2018 : Recommandations générales pour la prise en charge d'une uvéïte chronique non infectieuse, dirigé par les Prs Bahram Bodaghi, Pierre Quartier et David Saadoun, et aux auteurs de Les uvéïtes, 100 questions pour mieux gérer sa maladie (S. Guillaume, B. Bodaghi, M.-H. Errera et al., éditions Maxima).

BIBLIOGRAPHIE

1. QUARTIER P, BAPTISTE A, DESPERT V *et al.*; ADJUVITE Study Group. ADJUVITE: a double-blind, randomised, placebo-

controlled trial of adalimumab in early onset, chronic, juvenile idiopathic arthritis-associated anterior uveitis. *Ann Rheum Dis*, 2018;77:1003-1011.

2. RAMANAN AV, DICK AD, JONES AP *et al.*; SYCAMORE Study Group. Adalimumab plus methotrexate for uveitis in juvenile idiopathic arthritis. *N Engl J Med*, 2017;376:1637-1646.
3. CECCHIN V, ZANNIN ME, FERRARI D *et al.* Longterm safety and efficacy of adalimumab and infliximab for uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol*, 2018;45:1167-1172.
4. DIGHIERO P, BOUDRAA R, ELLIES P *et al.* Therapeutic photokeratectomy for the treatment of band keratopathy. *J Fr Ophtalmol*, 2000;23:345-349.
5. GUINDOLET D, DUREAU P, TERRADA C *et al.* Cataract surgery with primary lens implantation in children with chronic uveitis. *Ocul Immunol Inflamm*, 2018;26:298-304.

POUR EN SAVOIR PLUS

- HAS. Uvéïtes chroniques non infectieuses de l'enfant et de l'adulte. Guide Maladie Chronique. Mis en ligne le 05 juin 2020. www.has-sante.fr/jcms/p_3187246/fr/uveites-chroniques-non-infectieuses-de-l-enfant-et-de-l-adulte

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.