

## I Revues générales

# Prise en charge des uvéites en ville

**RÉSUMÉ :** L'uvéite représente près de 10 % des causes de cécité légale dans les pays développés, notamment dans une population en âge de travailler. Heureusement, c'est une pathologie peu fréquente, dont l'incidence annuelle se situe entre 17 et 52 nouveaux cas/100 000 habitants/an. Les uvéites nécessitent un diagnostic prompt afin de réaliser un traitement adapté et précoce. Les ophtalmologistes de ville peuvent les prendre en charge initialement, avec l'analyse du type d'uvéite et de ses complications et la réalisation du bilan étiologique précis et orienté. Les patients peuvent ensuite être adressés dans les centres de référence lorsque le cas est grave, difficile ou nécessite une hospitalisation.



**A. TOUTÉE<sup>1</sup>, A.-C. DESBOIS<sup>2</sup>,  
M. LECLERCQ<sup>2</sup>, M. ORTOLI<sup>1</sup>,  
T. ROUSSEAU<sup>1</sup>, D. SAADOUN<sup>2</sup>,  
B. BODAGHI<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Service d'Ophtalmologie,  
Hôpital Pitié-Salpêtrière;

<sup>2</sup> Service de Médecine interne,  
Hôpital Pitié-Salpêtrière, PARIS.

Un plan national de diagnostic et de suivi a été établi par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2019 pour codifier et faciliter la gestion des uvéites entre les différentes spécialités médicales (ophtalmologie, médecine interne-rhumatologie, pédiatrie et médecine générale) [1]. Nous allons décrire les principaux types d'uvéites, la prise en charge en ville ainsi que le bilan étiologique de 1<sup>re</sup> intention.

## Examen et classification des uvéites

L'examen d'un patient avec une uvéite doit être complet et méticuleux. Il comprend un interrogatoire poussé, un examen ophtalmologique complet avec acuité visuelle, pression oculaire, examen à la lampe à fente et fond œil dilaté bilatéral. Il est important de compléter avec un OCT maculaire et papillaire. L'examen clinique est nécessaire pour classer l'uvéite, ce qui permettra d'évaluer l'atteinte, la gravité et d'orienter le bilan étiologique.

### 1. Interrogatoire

Il s'agit de rechercher :

– les antécédents médicaux et chirurgicaux personnels et familiaux ;

– le mode de vie : origine ethnique, voyages, métier, loisirs ;

– les facteurs de risque d'infection : contagio tuberculeux, antécédents d'herpès labial/génital ou de zona, situations à risque de maladie sexuellement transmissible, animaux domestiques ou d'élevage, piqûres de tiques, baignades en eaux douces, chirurgie oculaire, corps étranger oculaire ;

– les signes systémiques : altération de l'état général, fièvre, sueurs, toux, arthralgies, douleur lombaire, lésions cutanées, lésions génitales, aphtes, troubles digestifs.

### 2. Signes recherchés à l'examen

**>>> Segment antérieur :** précipités rétrocornéens (PRC) granulomateux ou non granulomateux (absents ou poussés), Tyndall cellulaire, *flare* protéique, synéchies iridocristalliniennes ou iridocornéennes, nodules présents sur le sphincter (nodules de Koeppe) ou dans le stroma irien (nodules de Bussaca), atrophie irienne diffuse ou sectorielle, hypopion, membrane cyclitique, kératite (hypoesthésie cornéenne, plis endothéliaux).

**>>> Fond œil :** hyalite, condensations vitréennes de type "œufs de fourmis" ou "banquise", œdème ou ischémie

## I Revues générales

maculaire, œdème papillaire, vascularite, engainements vasculaires, hémorragies rétiniennes traduisant une occlusion vasculaire, macroanévrismes, granulomes choroïdiens, foyers blancs de nécrose rétinienne ou foyers chorioretiniens, lésion placoïde maculaire.

### 3. Classification clinique de l'uvéite

La description d'une uvéite doit comprendre tous les différents points suivants :

**>>> Localisation de l'inflammation :** les uvéites sont classées en uvéite antérieure, intermédiaire, postérieure et panuvéite, suivant la localisation principale de l'inflammation oculaire d'après le système de classification SUN (*standardization of uveitis nomenclature*). La forme la plus fréquente est l'uvéite antérieure, suivie de l'uvéite postérieure et de la panuvéite. L'uvéite intermédiaire est la moins fréquente.

**>>> Type d'uvéite :** unilatérale, bilatérale ou à bascule, granulomateuse ou non granulomateuse, synéchiante ou non synéchiante, hypertone ou normotone.

#### >>> Mode évolutif :

- aiguë : uvéite de début soudain et qui dure moins de 3 mois ;
- récidivante : uvéites survenant de façon répétée, mais les épisodes sont séparés des périodes de rémission sans traitement de plus de 3 mois ;
- chronique : uvéite durant plus de 3 mois et/ou uvéite rechutant dans les 3 mois après l'arrêt du traitement.

### Quand peut-on traiter un patient en ville ?

Un patient qui présente une uvéite sans critère de gravité peut être suivi et traité en ville. Si le patient présente des critères de gravité, il doit être adressé à un centre de référence d'uvéite. La **figure 1** rappelle les différents critères de gravité.

L'uvéite postérieure et la panuvéite sont plus graves que l'uvéite antérieure. Toute inflammation oculaire survenant après une chirurgie endo-oculaire (cataracte, vitrectomie, plaie oculaire) doit faire craindre la redoutable endophtalmie et nécessite une prise en charge hospitalière en extrême urgence.

### Imagerie multimodale

Une imagerie multimodale permet d'évaluer la présence d'une atteinte postérieure ou de complications de type œdème maculaire, papillite, ischémie rétinienne ou choriocapillaire, granulomes choroïdiens. L'imagerie comprend des rétinothélographies, un OCT maculaire et RNFL, une angiographie à la

fluorescéine et au vert d'indocyanine et, si besoin, un OCT-angiographie.

### Bilan minimum et orienté suivant l'interrogatoire

Devant toute uvéite, dès la première poussée, un bilan étiologique minimum est systématique afin d'éliminer les pathologies les plus fréquentes ou graves. Le bilan minimal indispensable doit rechercher la sarcoïdose, la tuberculose et la syphilis. Le reste du bilan complémentaire sera orienté suivant l'interrogatoire, les antécédents familiaux et personnels, et l'aspect clinique de l'uvéite (antérieure, postérieure, granulomateuse ou non). L'étude ULISSE a prouvé que les examens complémen-

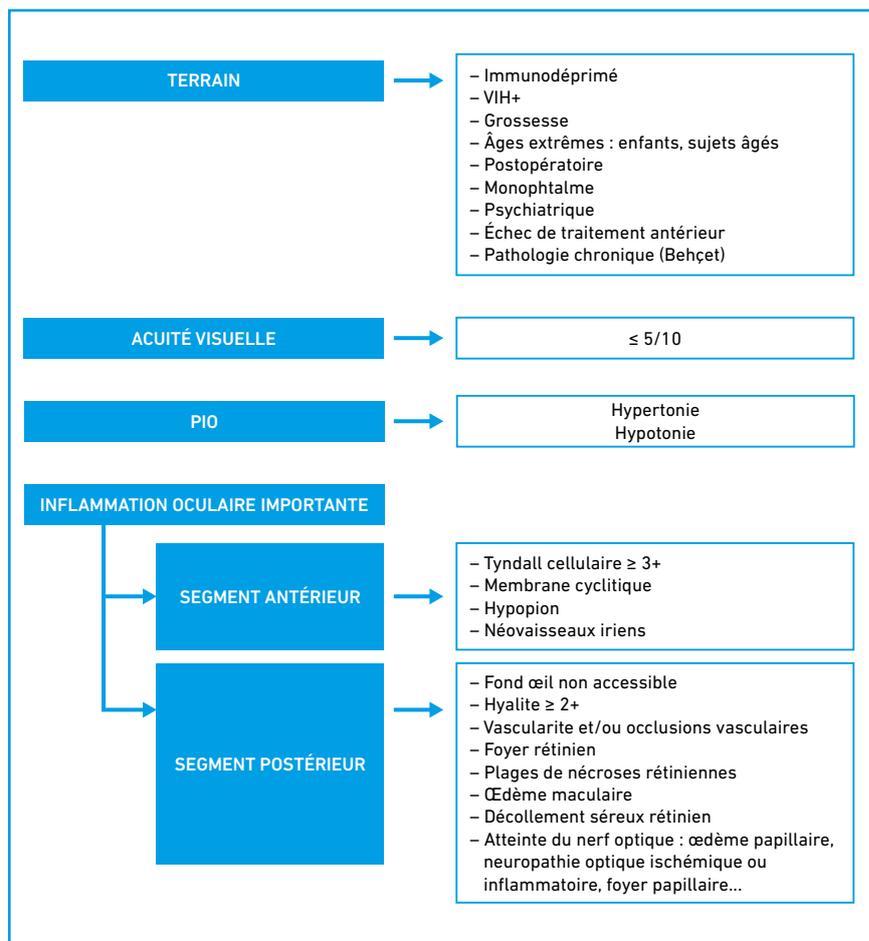


Fig. 1 : Critères de gravité d'une uvéite.

taires non orientés ne sont pas recommandés en raison de leur très faible rentabilité [2] et de leur coût excessif (*tableau 1*).

## ■ Traitement des uvéites en ville

Le traitement des uvéites dépend du type (antérieure, postérieure) et de la sévérité de la poussée.

### 1. Uvéite antérieure

Une uvéite antérieure est très facilement gérée par l'ophtalmologiste de ville car le traitement est simple et rapide. L'ordonnance type d'uvéite antérieure aiguë comprend des collyres corticoïdes (dexaméthasone), le schéma classique est de commencer par 1 goutte horaire pendant 48 h puis de décroître jusqu'à 1 goutte tous les 5 à 7 jours. La décroissance se réalise sur une période de 4 à 6 semaines au total. La pommade corticoïde oculaire est préconisée en

phase aiguë pendant 7 jours pour couvrir la période nocturne. Les collyres cycloplégiques sont prescrits à visée antalgique et pour lever les synéchies iridocristalliniennes : atropine 1 % 1 goutte matin et soir pendant 48 h puis relai par tropicamide 5 % et/ou néosynéphrine 10 % 3 gouttes par jour pendant 7 jours. On ajoutera des collyres hypotonisants si besoin.

Un contrôle clinique est effectué à 48 h après le début du traitement afin de vérifier l'amélioration des symptômes, la tolérance du traitement, l'absence de complication de type hypertension cortisonique ou l'absence d'apparition de nouveaux signes tels qu'une rétinite nécrosante virale, puis un nouveau contrôle à 4-6 semaines afin de vérifier la guérison et récupérer les résultats du bilan étiologique.

**Petites particularités :** lorsqu'une uvéite évoque une atteinte herpétique (uvéite antérieure granulomateuse, hypertone,

avec kératite/hypoesthésie cornéenne ou atrophie irienne), un traitement antiviral par valaciclovir 500 mg 2 comprimés 3 fois par jour pendant 2-4 semaines est nécessaire afin d'éviter la chronicisation ou la récurrence à l'arrêt du traitement [3].

Pour les uvéites liées à une spondylarthrite ankylosante ou à HLA B27, le traitement par corticoïdes en collyre s'étale sur une période de 6 semaines minimum pour éviter un rebond à l'arrêt du traitement. En cas d'uvéite intense, le patient nécessite des injections sous-conjonctivales quotidiennes de dexaméthasone sur 3 à 5 jours qui permettent de contrôler très rapidement l'inflammation.

Dans le cas du syndrome de Posner-Schlossman, classiquement, un patient jeune consulte avec une uvéite antérieure unilatérale peu inflammatoire, avec des PRC centraux granulomateux "en pièce de monnaie", une hypertension très importante vers 40-50 mmHg, une chambre antérieure profonde et une douleur peu intense. Le traitement antiviral par valganciclovir (900 mg matin et soir en traitement d'attaque) permet de contrôler la trabéculite, de faire baisser la pression oculaire très rapidement, d'éviter les récurrences et de diminuer le risque de chirurgie filtrante. Un traitement hypotonisant adapté maximal est indispensable en phase aiguë, nécessitant parfois des perfusions d'acétazolamide ou de mannitol. La corticothérapie en collyre n'est pas utile [4] (*fig. 2*).

### 2. Uvéite postérieure infectieuse

La rétinohoréïdite toxoplasmique est l'uvéite postérieure la plus fréquente. La prise en charge est facilement réalisée en ville. Le traitement comprend une bithérapie antiparasitaire avec pyriméthamine + acide folinique et soit azithromycine, soit sulfadiazine. Le patient est réévalué à 48 h pour vérifier l'absence d'évolution du foyer et introduire une corticothérapie orale courte sur moins d'un mois afin de diminuer la réaction inflammatoire. La durée du traitement

<b>Bilan minimal systématique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● NFS plaquettes – CRP</li> <li>● Ionogramme sanguin</li> <li>● Fonction rénale – Bilan hépatique</li> <li>● Sérologie syphilis</li> <li>● ECA, lysozyme sérique, électrophorèses des protéines sériques, bilan phosphocalcique, calciurie/créatinurie</li> <li>● IDR et/ou Quantiferon</li> <li>● Anticorps antinucléaires (enfant suspect d'arthrite juvénile idiopathique)</li> <li>● Radiographie ou scanner thoracique (à la recherche d'une sarcoïdose ou d'une tuberculose)</li> <li>● Typage HLA B27 (si uvéite antérieure non granulomateuse récidivante, à bascule, signes de spondylarthrite ankylosante)</li> </ul>
<b>Uvéite granulomateuse</b>	<p><b>Bilan minimal + bilan orienté en fonction du contexte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Herpès (sérologie HSV1-2, VZV, CMV ; voire ponction d'humeur aqueuse pour PCR HSV, VZV, CMV) ;</li> <li>● Endoscopies digestives, ASCA à la recherche d'une MICI</li> </ul>
<b>Uvéite intermédiaire</b>	<p><b>Bilan minimal + bilan orienté en fonction du contexte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lymphome : ponction d'humeur aqueuse IL6/IL10, IRM cérébrale</li> <li>● Lyme selon interrogatoire, test ELISA et confirmation par Western blot si doute</li> <li>● Examen neurologique, IRM cérébrale voire médullaire (sclérose en plaques)</li> <li>● Ponction lombaire si papillite (uvéo-méningite : sarcoïdose, Behçet)</li> <li>● Whipple si signes évocateurs (arthralgies, malabsorption, fièvre, signes neurologiques)</li> </ul>

**Tableau 1 :** Bilan minimum et orienté selon les uvéites.

# Revue générale

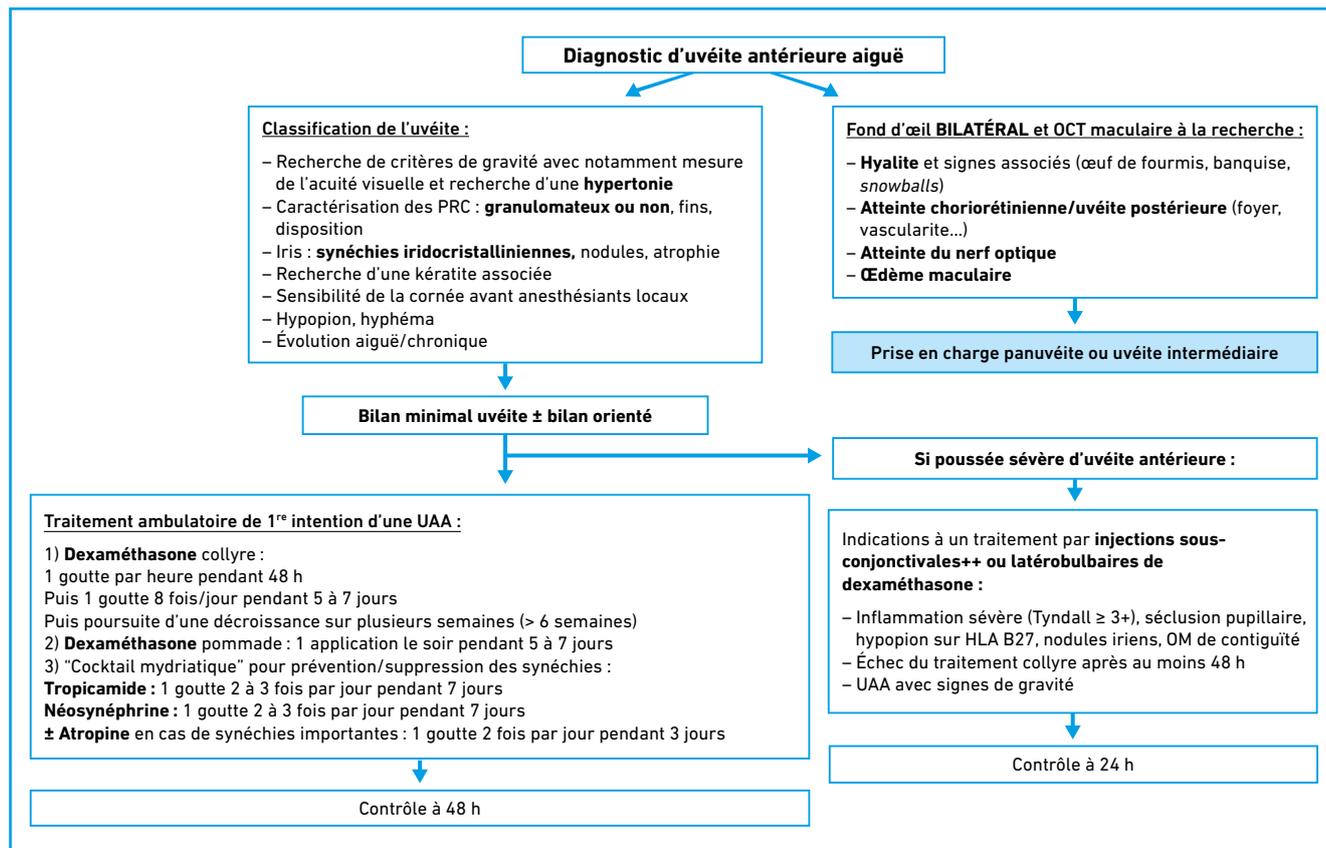


Fig. 2 : Traitement d'une uvéite antérieure aiguë (UAA). OM : œdème maculaire ; PRC : précipités rétrocornéens.

est de 3 semaines par taille de diamètre papillaire du foyer. Le traitement nécessite une surveillance hebdomadaire de l'hémogramme et des plaquettes sous pyriméthamine. En cas d'utilisation de la sulfadiazine, le patient doit être prévenu du risque de syndrome de Lyell avec l'arrêt indispensable des médicaments en cas d'éruption cutanée.

Toute panuvéite unilatérale est une uvéite infectieuse jusqu'à preuve du contraire et nécessite la réalisation en urgence d'une ponction d'humeur aqueuse pour rechercher une toxoplasmose (PCR et coefficient de Desmont) ou un virus du groupe herpès (PCR avec calcul de la charge virale [*herpes simplex virus* HSV, *varicella-zoster virus* VZV, cytomégalovirus CMV]) et un traitement probabiliste par anti-toxoplasmose et antiviral. Les panuvéites unilatérales sont prises en charge à l'hôpital.

Toute rétinite est une infection jusqu'à preuve du contraire et doit être transférée en urgence à l'hôpital et faire rechercher en priorité une atteinte herpétique, toxoplasmique ou syphilitique. Les rétinites herpétiques (HSV, VZV ou CMV) nécessitent une prise en charge hospitalière en urgence devant leur caractère très agressif et leur évolution excessivement rapide. Les rétinites virales nécessitent un traitement antiviral intraveineux sur plusieurs semaines et des injections intravitréennes antivirales bihebdomadaires. Le bilan recherchera une atteinte virale cérébrale, méningée et des facteurs de risque d'immunodépression [5].

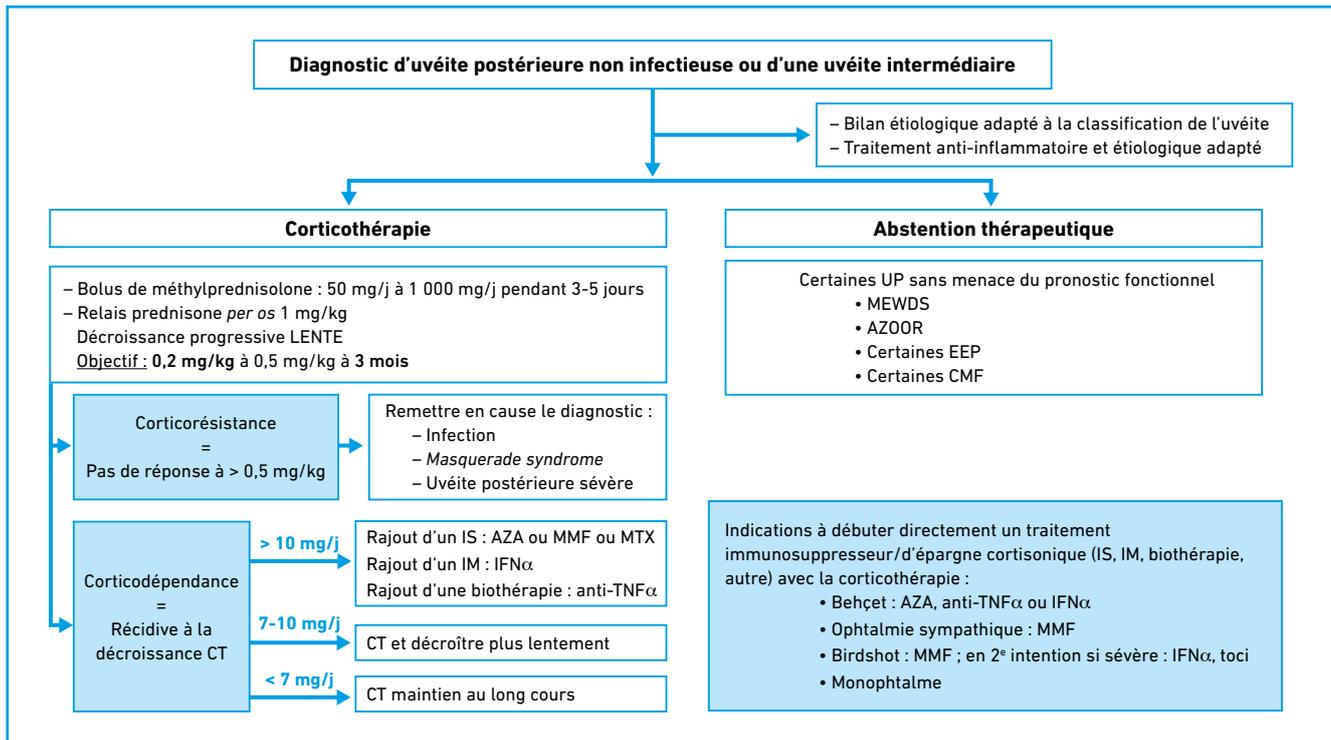
### 3. Uvéite postérieure non infectieuse

Le traitement des uvéites postérieures non infectieuses est plus délicat à instaurer en ville. Un réseau est nécessaire pour une prise en charge conjointe avec

un médecin interniste. Les uvéites postérieures non infectieuses nécessitent un traitement par corticothérapie au long cours et souvent des immunosuppresseurs à visée d'épargne cortisonique. Ces cas de figure nécessitent souvent un avis auprès d'un uvéitologue, associé à une consultation de médecine interne. L'ophtalmologiste de ville garde une place importante en réalisant le suivi de ces patients.

### 4. Uvéite intermédiaire

Devant une uvéite intermédiaire, le bilan étiologique doit éliminer une syphilis, une tuberculose, une maladie de Lyme, une sarcoïdose, une sclérose en plaques, une maladie de Behçet et un lymphome vitréo-rétinien. Une ponction d'humeur aqueuse pour le dosage des cytokines IL6 et IL10 est important pour rechercher des arguments en faveur d'un lymphome.



**Fig. 3 :** Traitement d'une uvéite postérieure (UP) non infectieuse ou d'une uvéite intermédiaire. AZA : azathioprine ; AZOOR : *acute zonal occult outer retinopathy* ; CMF : choroïdite multifocale ; CT : corticothérapie ; EEP : épithéliopathie en plaques ; IS : immunosuppresseur ; IM : immunomodulateur ; MEWDS : *multiple evanescent white dot syndrome* ; MMF : mycophénolate mofétil ; MTX : méthotrexate.

En l'absence de baisse visuelle, de vasculature, d'œdème papillaire, d'œdème maculaire ou d'autre complication, une uvéite intermédiaire peut être surveillée. Dans les autres cas, un traitement systémique est instauré, suivant le même schéma que les uvéites postérieures non infectieuses (fig. 3).

### Recherche des complications oculaires sur uvéite

Les patients qui ont une uvéite peuvent développer une cataracte de façon précoce, liée soit à l'inflammation mal contrôlée, soit à l'utilisation prolongée des corticoïdes. La cataracte ne peut être opérée qu'en l'absence d'inflammation oculaire depuis 3-6 mois et en préparant le patient avec une augmentation du traitement anti-inflammatoire avant la chirurgie suivant le protocole uvéite.

Les patients doivent avoir un suivi régulier de leur pression oculaire et du

champ visuel pour détecter des signes précoces de glaucome uvéitique ou cortico-induit.

### Conclusion

Les ophtalmologistes de ville sont régulièrement amenés à faire le diagnostic d'uvéite. Leur rôle est important car ils évaluent à la fois le type d'uvéite, les critères de gravité et débutent le bilan étiologique. Les uvéites sans critères de gravité peuvent être prises en charge en ville tandis que les uvéites sévères ou infectieuses (rétinites virales, endophtalmie) doivent être prises en charge en urgence à l'hôpital. Un réseau avec un médecin interniste et/ou un rhumatologue est indispensable. Les ophtalmologistes de ville assurent aussi le relai avec l'uvéitologue afin de faire le suivi du patient et de s'assurer de l'absence de complications, telles que le glaucome.

### BIBLIOGRAPHIE

1. PIERRE QDM, DAVID S, ALEXANDRE B *et al.* Protocole national de diagnostic et de soins sur les uvéites chroniques non infectieuses de l'enfant et de l'adulte. PND2020.
2. DE PARISOT A, JAMILLOUX Y, KODJIKIAN L *et al.* Evaluating the cost-consequence of a standardized strategy for the etiological diagnosis of uveitis (ULISSE study). *PLoS One*, 2020;15:e0228918.
3. GAYNOR BD, MARGOLIS TP, CUNNINGHAM ET. Advances in diagnosis and management of herpetic uveitis. *Int Ophthalmol Clin*, 2000;40:85-109.
4. TOUHAMI S, QU L, ANGI M *et al.* Cytomegalovirus anterior uveitis: clinical characteristics and long-term outcomes in a french series. *Am J Ophthalmol*, 2018;194:134-142.
5. LI AL, FINE HF, SHANTHA JG *et al.* Update on the management of acute retinal necrosis. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina*, 2019;50:748-751.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.