

ETIOLOGIES DES UVEITES POSTERIEURES ET DES PANUVEITES AU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE MONASTIR, TUNISIE

*KHAIRALLAH M. *, BEN YAHIA S. *,
LADJIMI A. *, MESSAOUD R. *, ZAOUALI S. *,
JENZRI S. *, ATTIA S. *.*

RÉSUMÉ

Les auteurs ont mené une étude rétrospective de 245 patients présentant une uvéite postérieure ou une panuvéite dans le but d'élucider leurs étiologies et de déterminer certaines données épidémiologiques. Dans 80.4 % des cas, une étiologie a été retrouvée. La maladie de Behçet (22.4 %), la toxoplasmose (22 %) et le syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (9 %) étaient les trois principales étiologies des uvéites postérieures ou panuvéites. Aucun cas de sarcoïdose confirmée n'a été retrouvé dans notre série.

SUMMARY

The authors conducted a retrospective analysis of 245 patients with posterior uveitis or panuveitis in order to determine their etiologies and collect some epidemiological data. A specific diagnosis was made in 80.4%. Behçet's disease (22.4%), toxoplasmosis (22%), and Vogt-Koyanagi-Harada syndrome (9%) were the most common causes of posterior uveitis or panuveitis. No case of confirmed sarcoidosis was found in our series.

MOTS-CLÉS

Etiologie, Epidémiologie, uvéite postérieure, panuvéite.

.....

* Service d'Ophtalmologie, CHU Fattouma Bourguiba, 5019 Monastir, Tunisie.

received: 03.12.03

accepted: 16.01.04

KEY WORDS

Etiologies, Epidemiology, posterior uveitis, panuveitis.

INTRODUCTION

Les uvéites, ou inflammations du tractus uvéal, représentent une cause non négligeable de cécité dans le monde. En effet, elles sont responsables de 10 % des cas de cécité dans les pays occidentaux (8). La classification de l'International Uveitis Study Group, basée sur la localisation anatomique de l'inflammation intra-oculaire, distingue quatre formes cliniques d'uvéites: antérieures, intermédiaires, postérieures, et panuvéites (2). Les uvéites relèvent d'étiologies très diverses et sont parfois de cause indéterminée ou "idiopathiques". Dans les cas où une étiologie est retrouvée, trois catégories d'uvéites peuvent être distinguées: 1. uvéites infectieuses, 2. uvéites secondaires à une maladie systémique non infectieuse et 3. uvéites dans le cadre d'une entité oculaire spécifique. Le profil étiologique des uvéites dépend de plusieurs facteurs: génétiques, ethniques, géographiques et environnementaux (15). Il varie dans le temps du fait de l'émergence de certaines étiologies et de l'identification de nouvelles entités. Les études épidémiologiques sur les uvéites en Afrique sont rares (1,12), et il n'y a à notre connaissance aucune étude publiée sur l'épidémiologie des uvéites en Afrique du Nord. Nous avons procédé à une étude rétrospective portant sur les cas d'uvéites postérieures et panuvéites examinés dans le service d'Ophtalmologie de Monastir en Tunisie, dans le but d'établir des données épidémiologiques et d'en reconnaître les différentes étiologies.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons analysé rétrospectivement les dossiers de 245 patients ayant présenté une uvéite postérieure ou une panuvéite durant la période allant de janvier 1992 à octobre 2003. Ces patients soit étaient référés par des ophtalmologistes ou des médecins généralistes, soit venaient directement à notre consultation. Tous les patients ont bénéficié d'un examen ophtalmologique complet comprenant une mesure de l'acuité visuelle avec correction optique, un examen biomicroscopique du segment antérieur, une prise du tonus oculaire et un examen du vitré et du fond d'œil au verre à trois miroirs de

Goldmann. Une angiographie rétinienne à la fluorescéine a été pratiquée dans tous les cas. Le diagnostic de la forme anatomique de l'uvéite (postérieure ou panuvéite) était basé sur la classification de l'International Uveitis Study Group (2). Les cas d'uvéite antérieure ou intermédiaire ont été exclus de l'étude.

Le diagnostic étiologique a été établi sur la base de l'anamnèse, de l'examen ophtalmologique, de l'examen général et d'examens paracliniques ciblés. En l'absence de signes d'orientation, les examens paracliniques suivants ont été demandés: numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, dosage sérique de l'enzyme de conversion, sérologie de la syphilis, intradermoréaction à la tuberculine et radiographie du thorax.

Le diagnostic de maladie de Behçet était basé sur les critères de l'International Study Group pour la maladie de Behçet (4). Le diagnostic de toxoplasmose oculaire était retenu devant la présence d'un foyer de chorioretinite associé à une cicatrice chorioretinienne typique chez un patient ayant une sérologie antitoxoplasmique positive. Dans les cas douteux, une ponction de la chambre antérieure, avec mesure du coefficient de Goldmann-Witmer, a été réalisée (coefficient ≥ 3). Le diagnostic du syndrome Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) était basé sur les critères de l'American Uveitis Society (13) et sur les critères révisés (10) pour les cas vus après juin 2001. Pour toutes les autres étiologies, nous avons adopté des critères diagnostiques standard. Notre recul variait de 3 mois à 10 ans (recul moyen 36 mois).

RÉSULTATS

Durant la période d'étude, 485 cas d'uvéites ont été examinés dans notre service. La répartition selon le type anatomique de l'uvéite est représentée dans le tableau 1. Les uvéites pos-

Tableau 1: Répartition des uvéites selon le type anatomique.

	No. de cas	%
Uvéites antérieures	166	34.2
Uvéites intermédiaires	74	15.3
Uvéites postérieures	141	29.1
Panuvéites	104	21.4
Total	485	100

Tableau 2: *Etiologies des uvéites postérieures.*

Etiologie	No. de patients	%
Toxoplasmose	54	38.3
Maladie de Behçet	19	13.5
Toxocarose	8	5.7
Choréïdite serpiginieuse	7	5
Syndrome de VKH	6	4.3
Epithéliopathie en plaques	5	3.5
Rickettsiose	5	3.5
Nécrose rétinienne aiguë	4	2.8
Rétinite à cytomégalovirus	4	2.8
Syphilis	3	2.1
Maculopathie idiopathique aiguë	2	1.4
Syndrome des taches blanches évanescents	2	1.4
Choréïdite ponctuée interne	2	1.4
Autres*	5	3.5
Idiopathique	15	10.6
Total	141	100

* Chorioretinopathie de Birdshot 1 cas, maladie des griffes du chat 1 cas, maladie de Crohn 1 cas, rétinite fongique 1 cas, tuberculose 1 cas

térieures étaient observées dans 141 cas (29.1 %) et les panuvéites dans 104 cas (21.4 %).

L'âge de nos patients variait de 4 à 75 ans (âge moyen 35 ans). Il n'existait pas de prédominance de sexe avec un sex-ratio homme/femme de 1/1.1.

La recherche étiologique a permis de retrouver une cause à l'uvéite dans 197 cas (80.4 %). L'uvéite était idiopathique dans 48 cas (19.6 %). La toxoplasmose était l'étiologie infectieuse la plus fréquente (54 cas; 22 %). La principale maladie systémique retrouvée dans notre série était la maladie de Behçet (55 cas; 22.4 %). Le syndrome de VKH était l'entité clinique oculaire la plus fréquente (22 cas; 9 %).

La toxoplasmose, retrouvée dans 54 cas (38.3 %), était l'étiologie la plus fréquente des uvéites postérieures, suivie de la maladie de Behçet (19 cas; 13.5 %). La toxocarose, la choréïdite serpiginieuse et le syndrome de VKH ont été retrouvés dans respectivement 8 cas (5.7 %), 7 cas (5 %) et 6 cas (4.3 %). Les autres étiologies des uvéites postérieures sont représentées dans le tableau 2. Dans 15 cas (10.6 %), aucune étiologie n'a été retrouvée et l'uvéite a été considérée comme idiopathique.

Tableau 3: *Etiologies des panuvéites*

Etiologie	No. de patients	%
Maladie de Behçet	36	34.6
Syndrome de VKH	16	15.4
Choréïdite multifocale et panuvéite	8	7.7
Ophthalmie sympathique	5	4.8
Tuberculose	3	2.9
Autres*	3	2.9
Idiopathique	33	31.7
Total	104	100

* Panuvéite zostérienne 1 cas, polyarthrite rhumatoïde 1 cas, lupus érythémateux disséminé 1 cas

Dans le groupe des panuvéites (104 cas), la maladie de Behçet représentait la principale étiologie, retrouvée dans 36 cas (34.6 %), suivie du syndrome de VKH (16 cas; 15.4 %). La choréïdite multifocale était la cause de la panuvéite dans 8 cas (7.7 %). Les autres étiologies des panuvéites sont représentées dans le tableau 3. Dans 33 cas (31.7 %), aucune cause n'a été retrouvée et la panuvéite a été considérée comme idiopathique. Nous n'avons retrouvé aucun cas de sarcoïdose confirmée comme étiologie des uvéites postérieures ou des panuvéites.

La tuberculose et la syphilis étaient la cause de l'uvéite dans respectivement 4 cas et 3 cas. Cinq patients (2 %) avaient une uvéite secondaire à une infection à *Rickettsia conorii*.

DISCUSSION

Notre étude sur les étiologies des uvéites postérieures et des panuvéites est à notre connaissance la première en Afrique du Nord. Comme la plupart des études antérieures, nous n'avons pas noté de prédominance de sexe (6,7,9,11,12,14). Cependant, l'âge moyen de nos patients (35 ans) semble plus bas que celui rapporté dans la littérature, autour de 40 ans (6,7,9,11,14). Il ressort de notre étude que la maladie de Behçet, la toxoplasmose et le syndrome de VKH représentaient les trois principales étiologies retrouvées. L'uvéite était idiopathique dans 19.6 % des cas. La fréquence des uvéites idiopathiques était de 10.6 % dans les uvéites postérieures et de 31.7 % dans les panuvéites. Dans la littérature, la fréquence des uvéites idiopathiques est très variable allant de 9 à 40 % dans les uvéites postérieures et de

22 à 92 % dans les panuvéites (3). Dans notre série, la toxoplasmose était la principale étiologie des uvéites postérieures suivie de la maladie de Behçet. La maladie de Behçet était l'entité étiologique la plus fréquente dans les panuvéites, suivie par le syndrome de VKH.

La fréquence élevée de la maladie de Behçet concorde avec des études antérieures rapportant une distribution géographique sur la "route de la soie" de la maladie de Behçet (3). Une fréquence élevée de la maladie de Behçet, étroitement liée à l'antigène HLA- B51, a été ainsi rapportée en Extrême Orient, au Moyen Orient et dans les pays du bassin méditerranéen. A l'inverse, la maladie de Behçet est rare, tout comme l'antigène HLA- B51, dans les populations de l'Europe du Nord et celles des Amériques (3,6).

La fréquence de la toxoplasmose dans notre étude est similaire à celle de la plupart des études (20 à 54 % des uvéites postérieures) (3). Le syndrome de VKH, qui touche avec prédilection les sujets pigmentés, représentait la deuxième cause de panuvéite dans notre série. Les résultats d'études antérieures montrent que cette affection est fréquente au Japon, beaucoup plus rare dans les pays occidentaux (3,6).

La sarcoïdose apparaît comme une des principales causes d'uvéite postérieure ou panuvéite dans de nombreuses études antérieures (3,6). Dans notre série, nous n'avons pas retrouvé de cas de sarcoïdose certaine. Ceci pourrait être en rapport avec des facteurs ethniques ou géographiques, mais aussi avec les difficultés inhérentes au diagnostic de cette maladie.

La tuberculose et la syphilis, deux causes classiques d'uvéite, ont été rarement rencontrées dans notre étude. Ces deux maladies infectieuses sont toutefois en train de réémerger du fait de la pandémie du syndrome d'immunodéficience acquise.

L'infection à *Rickettsia conorii*, ou fièvre boutonneuse méditerranéenne, était une cause significative d'uvéite postérieure dans notre série. Une étude récente a montré que cette maladie infectieuse, endémique dans les pays méditerranéens, s'accompagne très fréquemment de lésions chorioretiniennes, le plus souvent asymptomatiques (5).

En résumé, les étiologies des uvéites postérieures et des panuvéites dans cette population

Nord-africaine sont diverses, mais restent dominées par la maladie de Behçet, la toxoplasmose et le syndrome de VKH. Les uvéites postérieures sont moins fréquemment idiopathiques que les panuvéites. L'amélioration des techniques de diagnostic a permis de faciliter le diagnostic étiologique des uvéites. La recherche étiologique doit cependant être orientée et il est inutile de demander systématiquement une batterie d'examen non contributifs, parfois invasifs et coûteux.

RÉFÉRENCES:

- (1) BELLA-HIAG A., MVOGO C.E., ELLONG A. – Uveitis: epidemiological aspects at the Hospital Laquintinie de Douala. *Ophthalmologica* 2001; 215:30-3.
- (2) BLOCH-MICHEL E., NUSSENBLATT R.B. – International uveitis study group recommendations for the evaluation of intraocular inflammatory disease. *Am J Ophthalmol* 1987; 103:234-5.
- (3) CHANG J.H.M., WAKEFIELD D. – Uveitis: a global perspective. *Ocular Immunology and Inflammation* 2002; 10:263-79.
- (4) INTERNATIONAL STUDY GROUP FOR BEHÇET'S DISEASE. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. *Lancet* 1990; 335:1078-80.
- (5) KHAIRALLAH M., LADJIMI A., CHAKROUN M., MESSAOUD R., BEN YAHIA S., ZAOUALI S., BEN ROMDHANE F., BOUZOUIA N. – Posterior segment manifestations of *Rickettsia conorii* infection. *Ophthalmology* 2004; 111: 529-534.
- (6) LEVEQ L., DISNEUR D., DUTRIEUX C., SNYERS B. – Etiologies des uvéites intermédiaires, postérieures et totales: une revue de 201 cas. *Bull Soc belge Ophtalmol* 1999; 273:9-14.
- (7) MERCANTI A., PAROLINI B., BONORA A., LEQUAGLIE Q., TOMAZZOLI L. – Epidemiology of endogenous uveitis in north-eastern Italy. Analysis of 655 new cases. *Acta Ophthalmol Scand* 2001; 79:64-8.
- (8) NUSSENBLATT R.B. – The natural history of uveitis. *Int Ophthalmol* 1990; 14:303-8.
- (9) PAIVONSALO-HIETANEN T., VAAHTORANTA-LEHTONEN H., TUOMINEN J., SAARI K.M. – Uveitis survey at the University Eye Clinic in Turku. *Acta Ophthalmol* 1994; 72:505-12.
- (10) READ R.W., HOLLAND G.N., RAO N.A., TABBARA K.F., OHNO S., ARELLANES-GARCIA L., PIVETTI-PEZZI P., TESSLER H.H., USUI M. – Revised diagnostic criteria for Vogt-Koyanagi-

- Harada disease: report of an International Committee on Nomenclature. *Am J Ophthalmol* 2001; 131:647-52.
- (11) RODRIGUEZ A., CALONGE M., PEDROZA-SERRES M., AKOVA Y.A., MESSMER E.M., D'AMICO D.J., FOSTER C.S. – Referral patterns of uveitis in a tertiary eye care center. *Arch Ophthalmol* 1996; 114:593-9.
- (12) RONDAY M.J.H., STILMA J.S., BARBE R.F., McELROY W.J., LUYENDIJK L., KOLK A.H.J., BAKKER M., KIJLSTRA A., ROTHOVA A. – Aetiology of uveitis in Sierra Leone, west Africa. *Br J Ophthalmol* 1996; 80:956-61.
- (13) SNYDER D.A., TESSLER H.H. – Vogt-Koyanagi-Harada syndrome. *Am J Ophthalmol* 1980; 90:69-75.
- (14) TRAN V.T., AUER C., GUEx-CROSIER Y., PIT-TET N., HERBORT C.P. – Epidemiological characteristics of uveitis in Switzerland. *Int Ophthalmol* 1995; 18:293-8.
- (15) WEINER A., BENEZRA D. – Clinical patterns and associated conditions in chronic uveitis. *Am J Ophthalmol* 1991; 112:151-8.
-
- CORRESPONDANCE ET TIRES A PART:*
Dr Moncef Khairallah, Service d'Ophtalmologie,
CHU Fattouma Bourguiba
5019 Monastir, Tunisie.
E-mail: moncef.khairallah@rns.tn.