



Diagnostic étiologique des uvéites postérieures

Julie Gueudry, Nicolas Girszyn, Mathilde Leclercq

Les uvéites postérieures associées ou non à des vascularites rétiniennes sont de causes multiples. Elles exposent à un risque élevé de complications ou de séquelles affectant la fonction visuelle si elles ne sont pas traitées ou restent insuffisamment contrôlées. L'étape clé du diagnostic étiologique est sa caractérisation clinique. Les examens complémentaires aideront ensuite à confirmer les diagnostics évoqués sur le tableau clinique et l'interrogatoire orienté.

Diagnostic étiologique clinique

La priorité du diagnostic étiologique est d'éliminer une infection ou une fausse uvéite et d'identifier certaines maladies systémiques associées potentiellement graves afin d'adapter dans le meilleur délai le traitement.

Signes fonctionnels

L'atteinte est uni- ou bilatérale. Les signes fonctionnels habituels amenant à faire consulter sont la baisse de l'acuité visuelle, des métamorphopsies, des myodésopsies ou un trouble du champ visuel et parfois des photopsies. Certains patients peuvent rester asymptomatiques quand l'atteinte siège en périphérie et lorsque la réaction inflammatoire induite est absente ou peu marquée, comme chez l'immunodéprimé.

Examen et caractérisation clinique

Une atteinte inflammatoire unilatérale doit faire évoquer avant toute chose une infection. Ainsi, la classification anatomique de l'uvéite, son mode d'évolutivité et son uni- ou sa bilatéralité doivent impérativement être connues pour l'orientation diagnostique puis thérapeutique. Une cause infectieuse sera d'autant plus suspectée que l'atteinte est granulomateuse et corticorésistante, ou corticodépendante à de hauts niveaux (*tableau I*).

Même si la réaction de la chambre antérieure ne prédomine pas dans le cas d'une uvéite postérieure, elle peut apporter des indices précieux. Les uvéites associées à la maladie de Behçet ne sont jamais granulomateuses, mais toute uvéite peut commencer sur le mode non granulomateux. Ainsi, le caractère granulomateux, défini par la présence de précipités rétrocornéens et/ou de nodules iriens, permet de restreindre les étiologies possibles et

leurs aspects à valeur d'orientation. L'hypopion est classiquement décrit dans les rétinites virales ou dans le cas d'une endophtalmie fongique ou bactérienne, ainsi que dans l'uvéite associée à la maladie de Behçet.

Une uvéite postérieure est tout à fait possible sans hyalite chez l'immunodéprimé profond, néanmoins sa présence permet d'associer des manifestations du segment postérieur à une inflammation.

Le terme de rétinite, lésion blanche avec des bords flous et discrètement surélevée, représente une inflammation de la rétine sans préjuger de son étiologie. Le terme de rétinobulbite est employé si le foyer touche la choroïde sous-jacente, celui de choriorétinite si la rétine est touchée par une inflammation choroïdienne de contiguïté, et celui de neurorétinite si elle provient du nerf optique. Des hémorragies rétiniennes peuvent être présentes. Les foyers de choroïdite apparaissent comme des lésions jaunâtres plus profondes que les foyers de rétinite sous l'épithélium pigmentaire.

Les vascularites rétiniennes sont focales, multifocales ou diffuses. Elles peuvent être définies comme occlusives ou non et être veineuses (phlébites ou périphlébites), artérielles (artérites), mixtes et capillaires (capillarites). Les nodules cotonneux et les hémorragies rétiniennes font également partie de la sémiologie possible des vascularites rétiniennes. Les vascularites rétiniennes veineuses sont un signe clinique extrêmement fréquent et ne sont pas spécifiques d'une uvéite postérieure car elles peuvent être présentes dans les uvéites intermédiaires. En revanche, les vascularites rétiniennes artérielles sont plus rares et ont une plus grande valeur d'orientation, évoquant en premier lieu une infection, notamment virale. Elles sont également possibles dans la maladie de Behçet et dans certaines maladies auto-immunes comme le lupus érythémateux systémique et les vascularites à ANCA.

Hôpital Charles Nicolle, CHU de Rouen

Interrogatoire

L'interrogatoire sera dirigé en fonction des hypothèses diagnostiques issues de l'examen clinique. La recherche d'une aptose buccale est systématique du fait de la gravité ophtalmologique associée à la maladie de Behçet. L'examen clinique sera le plus souvent complété par des examens complémentaires ophtalmologiques et généraux.

Tableau I. Principaux diagnostics à évoquer en fonction du tableau clinique d'uvéïte postérieure.

Signes cliniques ophtalmologiques	Orientation diagnostique
Précipités rétrocornéens granulomateux	<ul style="list-style-type: none"> • Herpès virus, TB, toxoplasmose, syphilis • Sarcoidose, SEP, VKH, ophtalmie sympathique <p>L'uvéïte associée à la maladie de Behçet n'est jamais granulomateuse</p>
Hypertonie oculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Herpès virus, syphilis, sarcoidose, TB, toxoplasmose • Corticothérapie
Foyers de rétinites ou de rétinocoroïdites uniques ou multiples	<ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmose, toxocarose, DUSN • Herpès virus, fièvre de la vallée du Rift, dengue, West Nile Virus, virus du Chikungunya • Syphilis, maladie des griffes du chat, rickettsiose, leptospirose, maladie de Whipple, maladie de Lyme • Endophtalmie endogène bactérienne ou fongique (choriorétinite) • Behçet • Pseudo-uvéïtes (<i>Masquerade syndromes</i>)
Granulome choroïdien	<ul style="list-style-type: none"> • Sarcoidose, TB, syphilis, toxocarose
Lésions choroïdiennes multiples	<ul style="list-style-type: none"> • TB, syphilis, brucellose, maladie de Lyme, maladie des griffes du chat • West Nile Virus • Histoplasmose ou pseudo-histoplasmose • Sarcoidose, VKH, OS, BRC, taches blanches • <i>Masquerade syndromes</i>
Décollement séreux rétinien	<ul style="list-style-type: none"> • Dengue, virus du Chikungunya, rickettsiose • VKH, OS, association avec sclérite postérieure • Pseudo-uvéïtes (<i>Masquerade syndromes</i>) • Mais visible dans toute uvéïte sévère
Neurorétinite	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie des griffes du chat, toxoplasmose, maladie de Lyme, syphilis, TB, leptospirose, rickettsiose • Dengue, virus du Chikungunya • Sarcoidose <p><i>Attention aux diagnostics différentiels non inflammatoires et non infectieux : hypertension artérielle maligne, hypertension intracrânienne, infiltration ou tumeur du nerf optique</i></p>

TB : tuberculose ; SEP : sclérose en plaques ; OS : ophtalmie sympathique ; BRC : Birdshot rétinocoroïdopathie ; VKH : Vogt-Koyanagi-Harada ; DUSN : Diffuse unilateral subacute neuretitis; Herpès virus : HSV/VZV/CMV

Explorations complémentaires

Imagerie multimodale

La rétinophotographie et l'autofluorescence sont utiles pour le diagnostic étiologique, l'évaluation de l'évolution et de la réponse au traitement. L'imagerie ultra grand champ représente une réelle valeur ajoutée (figure 1). Le diagnostic de vascularite rétinienne est confirmé par l'angiographie à la fluorescéine, associée de manière systématique lors de l'évaluation initiale à l'angiographie au vert d'indocyanine. L'OCT est évidemment omniprésente et



Figure 1. Intérêt de la photographie ultra grand champ en cas de troubles des milieux qui permet de visualiser des foyers de rétinite dans une maladie de Behçet, œil droit ; l'œil gauche semble indemne (A, B). Intérêt de l'angiographie ultra grand champ qui permet de visualiser la vascularite rétinienne sévère de l'œil droit et de démasquer à gauche en périphérie une atteinte vasculaire ancienne responsable d'anastomoses vasculaires chez ce même patient, témoignant d'une atteinte bilatérale (C, D).

très largement utilisée. L'OCT-angiographie (OCT-A) ne permet pas d'identifier les vascularites rétiniennes mais elle est très utile dans ce contexte pour distinguer le réseau vasculaire des membranes néovasculaires d'origine inflammatoire (figure 2). L'imagerie multimodale pourra être complétée par un champ visuel automatisé ou par un électrorétinogramme (ERG).

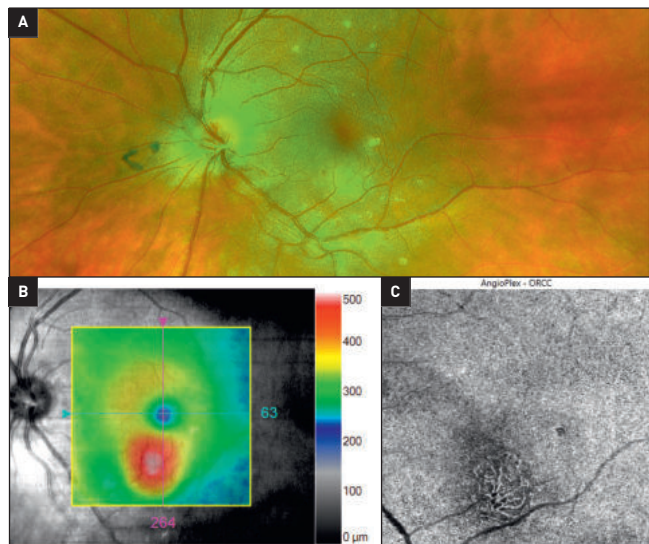


Figure 2. Intérêt de l'OCT-A pour la visualisation d'une membrane vasculaire inflammatoire chez une patiente de 40 ans suivie pour une uvéite associée à une sarcoïdose présumée, responsable d'une baisse de l'acuité visuelle, d'une discrète hémorragie en inférieur de la macula (A) et d'un épaissement maculaire focale (B, C).

Prélèvements intraoculaires

La confirmation microbiologique est indispensable si on soupçonne une nécrose virale, et nécessaire dans le cas d'une uvéite postérieure à *Toxoplasma gondii* atypique ou sévère. La ponction de la chambre antérieure permet l'analyse de l'humeur aqueuse à la recherche d'une cause infectieuse virale ou parasitaire par PCR ou d'une synthèse locale d'anticorps spécifiques.

Si on soupçonne une pseudo-uvéite, comme c'est le cas dans le lymphome vitréo-rétinien, la ponction permet également de quantifier l'interleukine 10, considérée comme un biomarqueur du lymphome B ; une vitrectomie diagnostique est nécessaire pour une confirmation histologique. La vitrectomie peut être aussi utile pour identifier un agent infectieux devant des difficultés diagnostiques.

Examens complémentaires systémiques

La sérologie de la syphilis reste systématiquement effectuée du fait du polymorphisme de l'uvéite associée. Un bilan étiologique de référence sera effectué devant une uvéite postérieure d'étiologie non identifiée, plus ou moins modifié et adapté au cas par cas en fonction de la

sévérité et du contexte épidémiologique (tableau II). Un bilan étendu systématique garde un intérêt pour les uvéites chroniques sévères.

Tableau II. Bilan proposé devant une uvéite postérieure, à l'exception de certaines uvéites infectieuses : à compléter en fonction de l'examen clinique.

Bilan minimum

- Numération formule sanguine (NFS).
- Vitesse de sédimentation, CRP.
- Ionogramme sanguin avec fonction rénale.
- Bilan hépatique.
- Sérologie syphilis (TPHA, VDRL).
- Intradermoréaction à la tuberculine + test de production d'interféron γ .
- Dosage de l'enzyme de conversion.
- Imagerie thoracique.

À considérer fréquemment

- Typage HLA-A29.
- Sérologie de Lyme.
- Pour les plus de 40 ans, IRM cérébrale et dosage interleukine 10.
- ANCA (anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles).
- FAN (facteurs antinucléaires) si vascularites.

Selon clinique, terrain, gravité

- Prélèvements intraoculaires.
- Sérologies spécifiques.
- Champ visuel, ERG.
- ECBU...

Conclusion

Devant une uvéite postérieure, la priorité est d'éliminer une infection et une fausse uvéite, même si ces étiologies sont proportionnellement moins fréquentes. L'examen clinique, un interrogatoire dirigé et l'imagerie multimodale sont les clés d'un diagnostic étiologique efficace.

Pour en savoir plus

- Gueudry J, Girszyn N, Leclercq M. Uvéites postérieures et vascularites rétiniennes. EMC – Ophtalmologie. 2020;1-14 [Article 21-230-B-10].
- Bodaghi B, Wechsler B, Du-Boutin LT *et al.* [Chronic severe uveitis: classification, search for etiology and therapeutic approach]. Rev Med Interne. 2003;24(12):794-802.
- Sève P, Cacoub P, Bodaghi B *et al.* Uveitis: Diagnostic work-up. A literature review and recommendations from an expert committee. Autoimmun Rev. 2017;16(12):1254-64.
- Okada AA. Posterior uveitis. In: Intraocular Inflammation. Zierhut M, Pavesio C, Ohno S *et al.*, eds. Berlin : Springer-Verlag, 2016:533-43.
- Julian K, Bodaghi B. Retinitis. In: Intraocular inflammation. Zierhut M, Pavesio C, Ohno S *et al.*, eds. Berlin : Springer-Verlag, 2016:591-606.
- Quartier-Dit-Maire P, Saadoun D, Belot A *et al.* Protocole national de diagnostic et de soins sur les uvéites chroniques non infectieuses de l'enfant et de l'adulte. 2020.