

## UVEITE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT AU CNHU DE COTONOU

SOUNOUVOU I.\*, TCHABI S., YEHOUESSI L., DEGUENON J., DOUTETIEN C., BASSABI S.K.

Clinique Ophtalmologique du CNHU BP : 386 Cotonou, \* igsounouvou@yahoo.fr

### RESUME

Les auteurs ont déterminé les caractéristiques épidémiologiques, les étiologies et/ou les affections associées des uvéites de l'enfant et de l'adolescent au CNHU de Cotonou sur une période de 7 ans allant du 1er Janvier 1999 au 31 Décembre 2005.

L'uvéite était rare entre 0 et 18 ans représentant 16,2% de l'ensemble des uvéites. Elle était survenue à  $14 \pm 4,2$  ans et était surtout totale et antérieure. L'uvéite, dans cette tranche d'âge, était fortement cécitante au moment du diagnostic (70,8%) et incriminait dans la majorité des cas (45,8%) les causes infectieuses et notamment la toxoplasmose (29,1%). Les causes non déterminées y étaient importantes avec 41,7% des cas.

L'uvéite de l'enfant et de l'adolescent est rare, cécitante, essentiellement parasitaire ; elle rend nécessaire la systématisation de l'interdisciplinarité.

**Mots-clés** : Uvéite - Enfants - Adolescents - Cécité - Toxoplasmose.

### SUMMARY

The authors determined the epidemiologic characteristics, the aetiologies and/or the affections associated with the uveitis of the child and the teenager in CNHU of Cotonou over one 7 years period going from January 1, 1999 to December 31, 2005.

The uveitis was rare between 0 and 18 years accounting for 16,2% of whole of the uveitis. It occurred with  $14 \pm 4,2$  years and was especially total and former. The uveitis, in this age bracket, was strongly defective visual ones at the diagnosis (70,8%) and accused in the majority of the cases (45,8%) the infectious causes and in particular the toxoplasmosis (29,1%). The non given causes was important with 41,7% of the cases.

The uveitis of the child and the teenager is rare, primarily parasitic; it makes necessary the systematization of interdisciplinary.

**Key words** : Uveitis - Children - Teenagers - Blindness - Toxoplasmosis.

### INTRODUCTION

L'uvéite est une inflammation intraoculaire atteignant les différentes parties de l'uvée. Selon sa localisation anatomique, elle peut être antérieure, intermédiaire, postérieure ou totale.

L'uvéite est une entité clinique dont le diagnostic se fait le plus souvent précocement chez l'adulte [1]. Les difficultés diagnostiques chez l'enfant en font une maladie rare [2,3] dont les complications graves occasionnent une baisse visuelle sévère. Les uvéites de l'enfant sont particulières du point de vue étiologique. Notre objectif est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques des uvéites de l'enfant et d'en établir le profil étiologique et/ou les affections associées.

### I. PATIENTS ET METHODE

C'est une étude rétrospective menée à la Clinique Ophtalmologique du Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou et portant sur des dossiers d'enfants et d'adolescents (0 à 18 ans) atteints d'uvéite pendant la période du 1<sup>er</sup> Janvier 1999 au 31 Décembre 2005.

Le diagnostic positif de l'uvéite a été posé sur les antécédents, les signes physiques classiques de l'uvéite dont notamment les précipités retrodescemétiques, le tyndall de l'humeur aqueuse et/ou du vitré et les foyers rétinocoroidiens. Nous avons adopté la classification anatomique des uvéites de HENDERLY [4].

L'étiologie a été retenue sur les caractères cliniques de l'uvéite, les résultats du bilan paraclinique (numération globulaire et formule sanguine, vitesse de sédimentation, sérologies toxoplasmique et VIH, incidence radiographique de Blondeau) lorsqu'il a été réalisé et les affections associées (carie dentaire, sinusite, cataracte).

La baisse visuelle a été définie comme sévère lorsque l'acuité visuelle initiale est inférieure à 3/10.

Nous avons retenu de façon exhaustive tous les cas d'uvéite survenus chez des patients de 0 à 18 ans et répondant aux éléments de la définition des cas ci-dessus.

Tous les cas d'uvéite survenus chez des patients de plus de 18 ans ont été exclus ainsi que les endophtalmies.

Le recueil des données a été informatique (Excel 2003) à partir des dossiers de malades.

Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, le siège ainsi que l'étiologie de l'uvéite. Elles ont été analysées à l'aide du logiciel Epi info version 3.2.2.

### II. RESULTATS

Pendant la période d'étude (7 ans) nous avons recensé au total 148 cas d'uvéite. Les patients de 0 à 18

ans étaient au nombre de 24, soit 16,2%. Ceux de 0 à 16 ans étaient 13 soit 8,8 %.

- Nous avons recensé 11 garçons soit 45,8% des cas avec un ratio de 0,8.
- L'âge moyen de nos patients a été de  $14,7 \pm 4,2$  ans.
- L'uvérite a été par ordre décroissant : totale (41,7 % des cas), antérieure (33,3 % des cas), postérieure (20,8 %), intermédiaire : 1 cas soit 4,2 %.
- Dans 70,8 % des cas (15 sur 24) la baisse visuelle était sévère.
- Les étiologies ou affections associées sont représentées dans le tableau n°1.

**Tableau I** : Répartition des étiologies selon la classification de l'uvérite

		UA		UI		UP		UT		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Parasitaire	Toxoplasmose	0	-	0	-	2	40	5	50	7	29,1
	Chlamydiae	0	-	1	100	0	0	0	-	1	4,2
Infections focales	Sinusite	0	-	0	-	1	20	1	10	2	8,3
	Carie	1	12,5	0	-	0	0	0	-	1	4,2
Auto-immune	Phacoantigénique	2	25	0	-	0	-	1	10	3	12,5
Non déterminée		5	62,5	0	-	2	40	3	30	10	41,7
TOTAL		8	100	1	100	5	100	10	100	24	100

UA : uvérite antérieure, UI : uvérite intermédiaire  
UP : uvérite postérieure, UT : uvérite totale

### III. DISCUSSION

Cette étude connaît quelques insuffisances liées au nombre réduit de l'échantillon. Il apparaît aussi que les choix opérés dans le cadre des investigations étiologiques de nos cas sont classiques soit pour des raisons économiques, soit par habitudes acquises ou par inexistence de certains examens spécifiques et l'insuffisance de la pratique de l'interdisciplinarité.

Les uvérites de l'enfant et de l'adolescent sont rares puisqu'elles représentent 16,2 % de toutes les uvérites. En dessous de 16 ans, elles sont plus rares faisant 8,8 % de l'ensemble. Ceci confirme le constat de EDELSTEN et coll. [3] qui à Londres, dans une étude multicentrique observationnelle, trouvent une fréquence de 4,9 % pour les uvérites d'enfants âgés de moins de 20 ans. De même, NARAYAMA et coll. [2] à Chennai en Inde du Sud rapportent une fréquence faible de 6,29 % pour les moins de 15 ans.

L'uvérite de l'enfant et de l'adolescent n'est pourtant pas si rare ailleurs comme le démontrent les 33,1 % obtenus en 10 ans par BENEZRA et coll. [5] à Jérusalem en Israël.

Comme chez l'adulte [6], le sexe ne paraît pas influencer (ratio = 0,8) la survenue de l'uvérite chez l'enfant [2, 5, 7].

L'âge moyen de  $14,7 \pm 4,2$  ans dans notre étude paraît élevé par rapport aux  $10,4 \pm 4,9$  ans obtenus par ROSENBERG et coll. [7] à Miami aux Etats-Unis où les conditions socio-sanitaires sont sans doute bien meilleures. Ces raisons pourraient expliquer que ces auteurs aient obtenu 27,7 % d'uvérite intermédiaire et 18,2% d'uvérite totale contre respectivement 4,2 % et 41,7% dans notre étude. Il est certainement des uvérites intermédiaires classées à tort comme uvérites antérieures [2]. Pour PIVETTI-PEZZI [1], l'uvérite totale est inhabituelle.

Nous sommes néanmoins d'avis avec NARAYAMA [2] qu'au moment du diagnostic, l'uvérite de l'enfant est cécitante. Il trouve en effet, en Inde, que 87 % des enfants avaient moins de 6/36 (1,6/10<sup>ème</sup>). Nos 70,8% rendent compte de la proportion des enfants qui ont moins de 3/10<sup>ème</sup>.

Dans 41,7 % des cas, la cause de l'uvérite est non déterminée. L'uvérite non déterminée évoque à la fois les causes idiopathiques ou non. Cette proportion

est considérable par rapport aux 25,4 % de causes idiopathiques de BENEZRA et coll. [5] en Israël. Dans notre étude, l'uvérite est antérieure dans 50 % des cas où l'étiologie n'est pas déterminée. Seraient-ce des cas en rapport avec l'arthrite juvénile idiopathique qui se révèle être la première cause des uvérites antérieures de l'enfant à Rome [1] et aux Etats-Unis [8] avec respectivement 28% et 95% des cas?

La toxoplasmose n'est pas cause d'uvérites antérieures chez l'enfant. Elle est par contre responsable de 40 % d'uvérites postérieures et de 50 % d'uvérites totales de l'enfant se révélant être ainsi la 1<sup>ère</sup> cause de toutes les formes d'uvérites. Mais à l'opposé du constat de PIVETTI-PEZZI [1] qui ont noté 50 à 60% de cas, l'uvérite toxoplasmique n'est bilatérale que dans 12,5 % dans notre série. D'autres auteurs comme KHAIRALLAH et coll. [9] en Tunisie et de BOER et coll. [10] en Hollande sont unanimes à reconnaître que la toxoplasmose est habituellement incriminée comme étant la première cause des uvérites postérieures de l'enfant [10] et la deuxième cause des uvérites postérieures et totales de l'adulte [9].

Ainsi donc, les uvérites de l'enfant sont infectieuses (45,8 %) et essentiellement parasitaires avec 33,3 % de tous les cas et 72,7 % (8/11) des causes infectieuses. BENEZRA et coll. [5] en Israël soutiennent le contraire avec 33,3 % de causes infectieuses et 66,7 % de causes non infectieuses.

Si aucun cas de VIH n'a été relevé, la sinusite notamment maxillaire et la carie dentaire ont été retrouvées comme affections associées dans respectivement 8,3% et 4,2% des cas.

#### **CONCLUSION**

L'uvérite de l'enfant et de l'adolescent est rare et est essentiellement de cause toxoplasmique. La forte proportion des causes non déterminées rend nécessaire la systématisation de certaines investigations dites spécifiques.

#### **REFERENCES**

**1- PIVETTI-PEZZI P.**

Uveitis in children.  
Eur. J. Ophthalmol., 1996 ; 6,3 : 293-298

**2- NARAYAMA K.M., BORA A., BISWAS J.**

Patterns of uveitis in children presenting at a tertiary eye care centre in south India.  
Indian J. Ophthalmol., 2003 ; 51,2 : 129-132

**3- EDELSTEN C., REDDY M. A., STANFORD M. R., GRAHAM E. M.**

Visual loss associated with pediatric uveitis in english primary and referral centers.  
Am. J. Ophthalmol., 2003 ; 135, 5 : 676-680

**4- CHUNG H., CHOI D.G.**

Clinical analysis of uveitis  
Korean J. Ophthalmol., 1989 ; 3(1) : 33-37

**5- BENEZRA D., COHEN E., MAFTZIR G.**

Uveitis in children and adolescents.  
Br. J. Ophthalmol., 2005 ; 89,4 : 444-448

**6- KAIMBO WA KIMBO D., BIFUKO A., DERNOUCHAMPS J. P., MISSOTTEN L.**

[Chronic uveitis in Kinshasa (D R Congo)].  
Bull. Soc. Belge Ophtalmol., 1998 ; 270 : 95-100

**7- ROSENBERG K. D., FEUER W. J., DAVIS J. L.**

Ocular complications of pediatric uveitis.  
Ophthalmology, 2004 ; 111,12 : 2299-2306

**8- O'BRIEN J.M., ALBERT D. M.**

Therapeutic approaches for ophthalmic problems in juvenile arthritis.  
Rheumatol. Dis. Clin. N. Amer., 1989 ; 15 : 413-422

**9- KHAIRALLAH M., BEN YAHIA S., LADJIMI A., MESSAOUD R., ZAOUALI S., JENZ ATTIA S.**

[Etiology of posterior uveitis and panuveitis at the Central University Hospital in Monastir].  
Bull. Soc. Belge Ophtalmol., 2004 ; 292 : 37-41

**10- De BOER J., WULFFRAAT N., ROTHOVA A.**

Visual loss in uveitis of childhood  
Br. J. Ophthalmol., 2003 ; 87, 7 : 879-884