

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

**ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE**

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2023, DECEMBRE - VOLUME 10 (2)

Correspondance

Secrétariat

E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org

Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès

Ex 10^{ème} RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal



DIRECTEUR DE PUBLICATION

Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF

Pr Ag. Adama BERTHE (Sénégal)

CURATEUR

Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS

Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)

Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)

Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES

Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)

Pr Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal)

Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES

Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)

Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

SECRETAIRE D'EDITION

M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI

Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)

Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)

Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)

Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)



RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• **articles originaux :**

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter : 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• **articles de synthèse :**

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• **cas cliniques :**

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté. La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) : 1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• **actualités thérapeutiques :**

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• **lettres à la rédaction :**

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• **articles d'intérêt général :**

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• **articles d'opinion :**

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• **courrier des lecteurs :**

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;
2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• **images commentées :**

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de télécopie et adresse e-mail.



La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles. Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.

La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373-379.
2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.
3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996 ; 89 : 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante (revueafricainemi@gmail.com) et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne (rafmi.org).

IV. Publication

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité.

Une fois l'article accepté, il sera publié après paiement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.



SOMMAIRE

EDITORIAL

1. **Regard d’un interniste sur la lèpre, MTN (Maladie Tropicale Négligée) simulatrice de maladie auto-immune systémique** 7-10
Diop MM, Diédhiou D, Kane BS, Faye FA, Diop A, Dioussé P, Djiba B, Ndao AC, Faye A, Dia AD, Dia DG, Diagne N, Dieng M, Ndour MA, Fall BC, Berthé A, Touré PS, KA MM

ARTICLES ORIGINAUX

2. **Prévalence des maladies systémiques au CHU de Conakry, 2022** 11-15
Sylla D, Kaké A, Wann TA, Bah MLY, Bah MM, Koba AL, Keita MC, Diakhaby M
3. **Etiologies des cytopénies : Résultats d’un département de médecine interne au Mali** 16-20
Traoré D, Sy D, Sawadogo N, Nyanke NR, NDong F-L, Keita K, Landouré S, Sow DS, Koné N, Sangaré M, Diarra A, Mallé M, Dembélé IA, Cissoko M, Koné Y, Soukho AK
4. **Troubles sexuels chez les femmes diabétiques à Porto-Novo (Bénin)** 21-27
Wanvoegbe FA, Ogoudjobi OM, Agbodande KA, Arrawo Jd’A, Alassani A, Dovonou A, Azon Kouanou A, Amoussou-Guenou D, Zannou DM
5. **Fréquence et sensibilité aux antibiotiques des souches d’Escherichia coli uropathogènes à l’Hôpital Militaire d’Ouakam** 28-35
Guèye PAT, Aïdara S, Ba MD, Engoa PE, Faye C, Mbow M, Seck MC
6. **Dysglycémies et troubles ioniques chez des patients atteints de la COVID-19 : Expérience de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)** 36-42
Bagbila WPAH, Ollo D, Sourabié A, Placide CAAD, Yempabou S, Ouedraogo V, Some N, Sylla B, Guibla I, Poda A, Zoungrana J, Tougouma J-B, Ouédraogo P, Diallo F, Rainatou B, Drabo L, Traoré I, Kyelem CG, Yaméogo TM, Ouédraogo SM
7. **Facteurs de mortalité de l’accident vasculaire cérébral hémorragique aigu du sujet âgé aux urgences médicales du chu de Bouake (côte d’ivoire)** 43-48
Yapa GSK, Koné S, Kouassi L, Touré KH, Koné F, Kouamé KGR, Acho JK, Sako K, Gboko L, Ramde E, Gonan AY, Koffi RM, Kpan J, Koffi KJ, Botti RP, Traoré D, Traoré A, Touré L, Bourhaima B
8. **Profil clinique et évolutif des urgences hyperglycémiques au centre hospitalier universitaire de Bouaké, Côte d’Ivoire** 49-53
Koné F, Touré KH, Kouassi L, Koné S, Ndour MA, Acho JK, Yapa GSK, Kouamé KGR, Gboko KKL, Sako K, Diédhiou D, Bourhaima B
9. **Les orchiepididymites tuberculeuses : à propos de 14 cas pris en charge en milieu urologique** 54-60
Sarr A, Sow O, Thiam A, Ndiath A, Gaye AM, Ndour NS, Djoufang Meffeja R, Ndiaye M, Sine B, Ondo CZ, Thiam I, Diao B, Fall PA, Ndoye AK
10. **Hyponatrémie : aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques dans un service de médecine interne au Niger** 61-67
Daou M, Seydou Moussa Y, Brah S, Saidou A, Hamadou A, Moussa Souna H, Andia DKA, Adehossi E
11. **Évaluation gériatrique standardisée du sujet âgé cancéreux à Abidjan - Côte d’Ivoire** 68-73
Acko UV, Kouassi L, Koné S, Bitá D, Ouattara R, Abbé F, Loba Y, Binan Y
12. **Manifestations rhumatologiques au cours du diabète sucré au service de rhumatologie de l’Hôpital National Ignace Deen** 74-80
Condé K, Barry A, Adjakou F, Touré M, Kamissoko AB, Baldé NM
13. **Panorama des activités et pathologies ORL au centre hospitalier régional Heinrich Lübke de Diourbel sur 12 mois** 81-88
Faty A, Loum B, Dème MDB, Sy A, Diallo OA, Diallo BK
14. **L’ulcère de Mooren chez le mélanoderme sénégalais à l’Hôpital Principal de Dakar : à propos de 19 cas** 89-95
Wade B, Ndiaye Sow MN, Diédhiou F, Diakhaté M, Seck SM, Guèye NN

CAS CLINIQUE

15. **Pneumothorax au cours de la polyarthrite rhumatoïde : manifestation de novo ou rare complication induite par le méthotrexate : à propos d’une observation clinique et revue de la littérature** 96-99
Traoré AD, Kouakou EC, Touré KH, Yao KJ-C, Koffi EJ, Goua JJ, Daboiko FJ-C



SOMMAIRE

EDITORIAL

1. *An internist’s view on leprosy, a neglected tropical disease wich could mimick systemic autoimmune diseases* 7-10
Diop MM, Diédhiou D, Kane BS, Faye FA, Diop A, Dioussé P, Djiba B, Ndao AC, Faye A, Dia AD, Dia DG, Diagne N, Dieng M, Ndour MA, Fall BC, Berthé A, Touré PS, KA MM

ARTICLES ORIGINAUX

2. *Frequency of systemic diseases at Conakry CHU, 2022* 11-15
Sylla D, Kaké A, Wann TA, Bah MLY, Bah MM, Koba AL, Keita MC, Diakhaby M
3. *Etiologies of cytopenias: results from a department of internal medicine in Mali* 16-20
Traoré D, Sy D, Sawadogo N, Nyanke NR, NDong F-L, Keita K, Landouré S, Sow DS, Koné N, Sangaré M, Diarra A, Mallé M, Dembélé IA, Cissoko M, Koné Y, Soukho AK
4. *Sexual disorders in diabetic women in Porto-Novo (Benin)* 21-27
Wanvoegbe FA, Ogoudjobi OM, Agbodande KA, Arrawo Jd’A, Alassani A, Dovonou A, Azon Kouanou A, Amoussou-Guenou D, Zannou DM
5. *Frequency and Antibiotic Susceptibility Pattern of Uropathogenic Escherichia coli strains at Hôpital Militaire de Ouakam* 28-35
Guèye PAT, Aïdara S, Ba MD, Engoa PE, Faye C, Mbow M, Seck MC
6. *Dysglycemia and ionic disorders on COVID-19: Experience of Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)* 36-42
Bagbila WPAH, Ollo D, Sourabié A, Placide CAAD, Yempabou S, Ouedraogo V, Some N, Sylla B, Guibla I, Poda A, Zoungrana J, Tougouma J-B, Ouédraogo P, Diallo F, Rainatou B, Drabo L, Traoré I, Kyelem CG, Yaméogo TM, Ouédraogo SM
7. *Mortality factors for acute hemorrhagic stroke in the elderly in medical emergencies at Bouaké University Hospital (Ivory Coast)* 43-48
Yapa GSK, Koné S, Kouassi L, Touré KH, Koné F, Kouamé KGR, Acho JK, Sako K, Gboko L, Ramde E, Gonan AY, Koffi RM, Kpan J, Koffi KJ, Botti RP, Traoré D, Traoré A, Touré L, Bourhaima B
8. *Clinical and evolving profile of hyperglycemic emergencies at centre hospitalier universitaire de Bouaké, Côte d’Ivoire* 49-53
Koné F, Touré KH, Kouassi L, Koné S, Ndour MA, Acho JK, Yapa GSK, Kouamé KGR, Gboko KKL, Sako K, Diédhiou D, Bourhaima B
9. *Tubercular orchiepididymitis: apropos of 14 cases treated in urology* 54-60
Sarr A, Sow O, Thiam A, Ndiath A, Gaye AM, Ndour NS, Djoufang Meffeja R, Ndiaye M, Sine B, Ondo CZ, Thiam I, Diao B, Fall PA, Ndoye AK
10. *Hyponatremia: epidemiological, clinical and etiological aspects in an Internal Medicine Department in Niger* 61-67
Daou M, Seydou Moussa Y, Brah S, Saidou A, Hamadou A, Moussa Souna H, Andia DKA, Adehossi E
11. *Standardized geriatric assessment of elderly cancer patients in Abidjan - Côte d’Ivoire* 68-73
Acko UV, Kouassi L, Koné S, Bitá D, Ouattara R, Abbé F, Loba Y, Binan Y
12. *Rheumatological manifestations during diabetes mellitus in the rheumatology department of the Ignace Deen National Hospital* 74-80
Condé K, Barry A, Adjakou F, Touré M, Kamissoko AB, Baldé NM
13. *Overview of ENT activities and pathologies at Diourbel Heinrich Lübke Regional Hospital in over 12 Months* 81-88
Faty A, Loum B, Dème MDB, Sy A, Diallo OA, Diallo BK
14. *Mooren’s ulcer in senegalese melanoderma at Hôpital Principal de Dakar: about 19 cases* 89-95
Wade B, Ndiaye Sow MN, Diédhiou F, Diakhaté M, Seck SM, Guèye NN

CLINICAL CASE

15. *Occurrence of pneumothorax during a course of rheumatoid arthritis: wondering about manifestation of novo or a case induced by methotrexate* 96-99
Traoré AD, Kouakou EC, Touré KH, Yao KJ-C, Koffi EJ, Goua JJ, Daboiko FJ-C



L'ulcère de Mooren chez le mélanoderme sénégalais à l'Hôpital Principal de Dakar : à propos de 19 cas

Mooren's ulcer in senegalese melanoderma at Hôpital Principal de Dakar: about 19 cases

Wade B*, Ndiaye Sow MN, Diédhiou F, Diakhaté M, Seck SM, Guèye NN

Service d'Ophthalmologie, Hôpital Principal de Dakar, Sénégal

Auteur correspondant : Dr Babacar WADE

Résumé

Introduction : L'ulcère de Mooren est une ulcération cornéenne marginale dont la prise en charge est difficile et non codifiée. Cette étude a pour but de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'ulcère de Mooren chez le mélanoderme sénégalais.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive et analytique allant du 1er janvier 2010 au 31 Mars 2021, incluant tous les patients suivis pour ulcère de Mooren. Les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques ont été recueillies ainsi que les complications et séquelles.

Résultats : Dix-neuf yeux de 13 patients ont été répertoriés. L'âge moyen était de 39,5 ans et le sex-ratio de 1,6. La profession la plus représentée était celle de ménagère (38,4%). La douleur oculaire était la symptomatologie fonctionnelle la plus fréquente (85,7%). La moyenne d'acuité visuelle était initialement de 0,2 LogMAR soit 6/10 et de 0,4 LogMAR soit 4/10 après le traitement. Une corticothérapie topique était administrée à tous les patients et une corticothérapie générale dans 36,8% des cas. Une périectomie était réalisée dans 36,8% des cas et un recouvrement conjonctival dans 10,5% des cas. La perforation cornéenne était constatée à l'admission dans 52,6% des cas. La principale séquelle était un remaniement de la chambre antérieure accompagné d'une déformation pupillaire dans 31,6 % des cas. La guérison s'était effectuée sans séquelles dans 42,11 % des cas.

Conclusion : L'ulcère de Mooren du mélanoderme sénégalais se présentait sous une forme unilatérale de l'homme jeune et bilatérale chez la femme de la cinquantaine. Le pronostic est grevé par le retard de la consultation et l'indisponibilité de certains moyens thérapeutiques efficaces et de faible innocuité tels que la cyclosporine A en collyre.

Mots clés : ulcère - cornée - limbe - mélanoderme.

Summary

Introduction: Mooren's ulcer is a marginal corneal ulceration whose management is difficult and uncoded. The aim of this study is to describe the epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary characteristics of Mooren's ulcer in Senegalese melanoderma.

Materials and methods: We conducted a retrospective descriptive and analytical study from January 1, 2010 to March 31, 2021, including all patients followed for Mooren's ulcer. Epidemiological, clinical and therapeutic data were collected, as well as complications and sequelae.

Results: Nineteen eyes of 13 patients were identified. The mean age was 39.5 years and the sex ratio 1.6. The most common occupation was housewife (38.4%). Ocular pain was the most frequent functional symptomatology (85.7%). Mean visual acuity was 0.2 LogMAR (6/10) at baseline and 0.4 LogMAR (4/10) after treatment. Topical corticosteroid therapy was administered in all patients, and systemic corticosteroid therapy in 36.8%. Periectomy was performed in 36.8% of cases, and conjunctival covering in 10.5%. Corneal perforation was noted on admission in 52.6% of cases. The main sequelae were anterior chamber remodelling and pupillary deformity in 31.6% of cases. Healing occurred without sequelae in 42.11% of cases.

Conclusion: Mooren's ulcer in Senegalese melanoderma presents as a unilateral ulcer in young men and a bilateral ulcer in women in their fifties. The prognosis is hampered by the delay in consultation and the unavailability of certain effective therapeutic means of low safety, such as cyclosporine A eye drops.

Keywords: ulcer - cornea - limbus - melanoderm.



Introduction

L'ulcère de Mooren (UM) est un ulcère cornéen périphérique caractérisé par une érosion de la couche épithéliale avec une atteinte du stroma cornéen. C'est un ulcère périphérique, douloureux, unilatéral ou bilatéral, d'évolution chronique. Il est sous forme d'un croissant dont le bord antérieur forme un promontoire très caractéristique et débute au limbe avec une triple extension : circonférentielle suivant le limbe, profonde et centripète.

La physiopathologie exacte est encore inconnue mais l'hypothèse auto-immune fait l'objet d'un consensus [1]. Il affecte l'adulte sain sans prédilection de sexe et revêt une forme plus sévère et volontiers bilatérale chez le sujet jeune en particulier mélanoderme [2].

C'est un diagnostic d'élimination après avoir éliminé toutes les pathologies inflammatoires systémiques à l'origine de kératites périphériques immunologiques. Il est responsable d'une baisse de l'acuité visuelle et est grave du fait de la mise en jeu du pronostic visuel par son caractère rapidement agressif et évolutif vers le descémétocèle et la perforation cornéenne [3, 4]. L'UM se manifeste principalement par une douleur oculaire, une photophobie, un larmolement, une baisse de l'acuité visuelle. Mais ces signes sont d'une intensité variable en fonction de l'importance et de la localisation de l'érosion [5].

La stratégie thérapeutique consiste à un traitement médical local complété par un traitement chirurgical au besoin.

Le retard de la consultation initiale et le manque d'assiduité au rendez-vous des patients rend la prise en charge difficile ainsi que l'accès aux moyens thérapeutiques dans nos conditions d'exercice.

Le but de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'ulcère de Mooren chez le patient mélanoderme sénégalais dans le service d'ophtalmologie de l'Hôpital Principal de Dakar.

Matériels et méthode

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et analytique allant du 1^{er} janvier 2010 au 31 Mars 2021, incluant les patients ayant été vu en consultation externe et/ou hospitalisés au service d'ophtalmologie de l'Hôpital Principal de Dakar et diagnostiqués pour un ulcère de Mooren. Tous les dossiers non exploitables et les patients diagnostiqués pseudo ulcère de Mooren (patients

suivis pour une maladie inflammatoire générale, ou ayant une uvéite ou une sclérite associée) étaient exclus de l'étude. Nous avons étudié les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et l'évolution post thérapeutique. Les données épidémiologiques étudiées étaient l'âge, le sexe et la profession. Les données cliniques répertoriées étaient les signes fonctionnels, l'acuité visuelle à l'admission, la latéralité de l'ulcère, le côté atteint, la taille de l'ulcère, la présence ou non de perforation cornéenne et les autres pathologies oculaires associées. Les données thérapeutiques relevées étaient le traitement médical reçu (corticothérapie locale et ou générale, immunosuppresseur), le geste chirurgical réalisé (périectomie, recouvrement conjonctival). Dans l'évolution post thérapeutique nous avons évalué l'acuité visuelle, le taux de guérison sans séquelle et les séquelles anatomiques après le traitement. Toutes les données étaient saisies sur le logiciel Microsoft Excel du pack office 2016 et leur analyse réalisée par le logiciel épi Info 7.

Résultats

Nous avons répertorié 19 yeux de 13 patients, dont 6 patients ayant une atteinte bilatérale.

L'âge moyen était de 39,5 ans $\pm$ 14,5 ans avec des extrêmes de 15 ans et 63 ans. Les patients âgés de plus de 30 ans étaient plus représentatifs (61,5%). Dans les atteintes unilatérales, l'âge moyen était de 28,4 ans alors que dans les formes bilatérales l'âge moyen était de 52,5 ans. Sept patients (7) étaient de sexe masculin et 6 de sexe féminin avec un sex-ratio de 1,16.

Le sex-ratio était de 6 dans les formes unilatérales et de 0,2 dans les formes bilatérales.

La figure 1 montre la répartition des patients selon la profession. Les signes fonctionnels étaient représentés par une douleur oculaire pour 16 yeux, un flou visuel pour 15 yeux, une rougeur oculaire pour 10 yeux, une photophobie pour 12 yeux et un larmolement pour 10 yeux. La moyenne d'acuité visuelle était de 0,2 LogMAR soit 6/10 initialement et de 0,4 LogMAR soit 4/10 après le traitement. L'AV initiale ne s'était pas améliorée pour 4 yeux et s'était limitée une perception lumineuse positive. Les atteintes étaient unilatérales pour 7 yeux (53,8%) et bilatérale pour 6 yeux (46,2%). L'atteinte de l'œil droit était prédominante (52,6% des cas). Dix yeux soit 52,6% des cas avaient une perforation à l'admission.

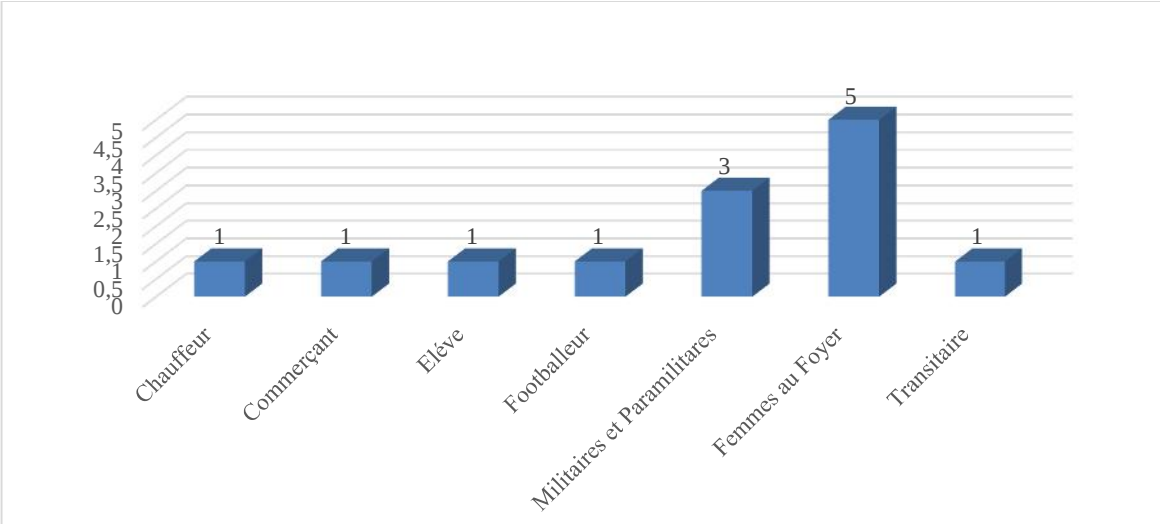


Figure 1 : La répartition des patients selon la profession.

Le tableau I montre la répartition des yeux selon la taille de l’ulcère.

Tableau I : La répartition des yeux selon la taille de l’ulcère

Taille de l’ulcère Selon la circonférence cornéenne atteinte	Nombre d’yeux atteints	Pourcentage (%)
1 : < 25%	5	26,3
2 : 25 à 50%	5	26,3
3 : 50 à 75%	7	36,8
4 : 75 à 100%	2	10,6
Total	19	100

Nous avons retrouvé des pathologies associées telles qu’une limboconjunctivite chronique endémique des tropiques (LCET) à un œil et un ptérygion dans 4 yeux. Tous les patients avaient reçu un traitement local constitué d’antibiocorticoïdes, de Cicatrisants cornéens, et d’antibiotiques par voie générale. Une corticothérapie générale avait été administrée chez 7 patients (36,8%), sous forme de bolus de prednisolone (solumédrolR) pendant 3 jours chez

3 patients (15,7%) et en doses dégressives pendant 15 jours chez les 4 autres (21,1%). Nos patients n’ont pas reçu de traitement immuno-suppresseur. Le traitement chirurgical consistait à une périectomie pour 7 yeux (36,8%) et une greffe-bouchon conjonctivale pour 2 yeux (10,5%). Une hypertonie oculaire cortico-induite était présente pour 2 yeux (10,5%). La figure 2 montre les séquelles anatomiques après traitement.

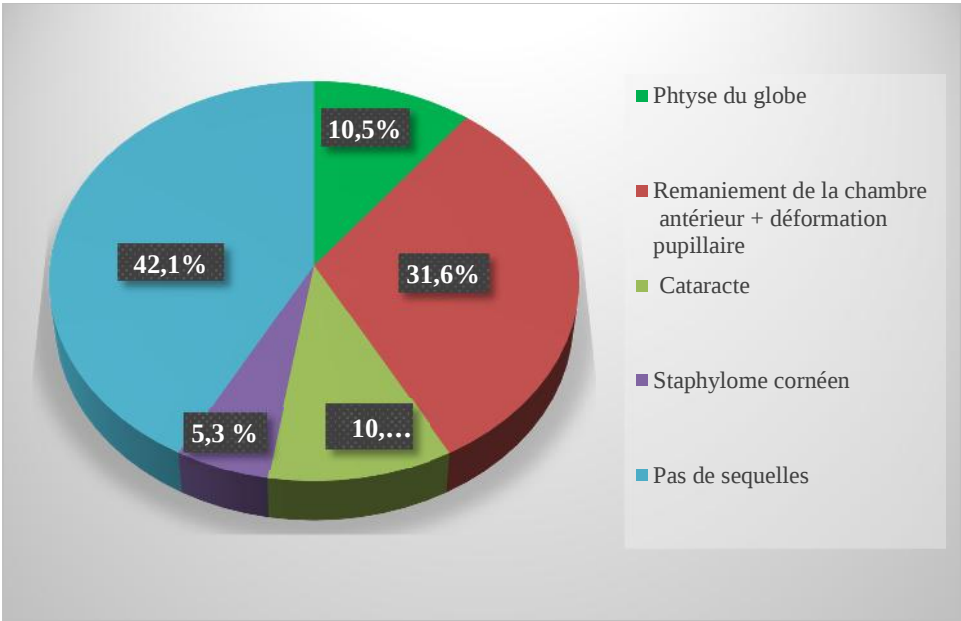


Figure 2 : Les séquelles anatomiques après traitement

Le taux de guérison sans séquelle était de 42,1% (8 yeux).



Discussion

L'âge moyen de notre étude était de 39,5 ans et 61,5% des patients étaient âgés de plus de 30 ans. Ces résultats sont opposés à ceux de Lewallen et al. qui décrivaient que pour les sujets d'origine africaine 61% des cas d'ulcère de Mooren sont survenus avant 35 ans [6]. Un âge moyen légèrement inférieur (30 ans) à celui de notre étude est rapporté dans les études africaines de Banla et al., Fasina et al. et Ouffoue et al. [7][8][2].

Dans les séries concernant l'ulcère de Mooren chez le leucoderme l'âge était élevé [9][10].

Pour Watson et al., trois tableaux cliniques sont à distinguer dont deux peuvent concerner le mélanoderme : le tableau d'ulcère de Mooren bilatéral, agressif touchant les jeunes hommes d'origine africaine, indienne ou asiatique comportant un grand risque de perforation et le tableau d'ulcère bilatéral indolent touchant les deux sexes d'âge moyen, peu agressif et répondant habituellement à la corticothérapie locale [11].

Dans notre échantillon, les formes unilatérales concernaient des patients jeunes (âge moyen de 28,4 ans) avec une prédominance masculine (sex-ratio de 6) alors que les formes bilatérales atteignaient surtout les femmes (sex-ratio de 0,2) d'âge moyen de 52,5 ans. Fasina et al. retrouvaient un âge moyen de 43 ans dans les formes bilatérales [8].

On notait une prédominance masculine de l'ulcère de Mooren dans 53,8% des cas avec un sex-ratio de 1,16 dans notre série. Lewallen et al. décrivaient une classique prédominance masculine, avec un sex-ratio semblable au nôtre. Cette prédominance masculine est confirmée dans plusieurs autres études [6],[7],[10],[12]. Ces résultats sont en discordance avec ceux de Ouffoue et al. qui rapportaient une prédominance féminine dans 58,3% des cas avec un sex-ratio de 0,71 [2].

L'ulcère de Mooren semble survenir indifféremment chez l'homme ou la femme.

La difficulté à établir des données significatives serait liée au fait que les publications sont toujours limitées en nombre, que le suivi des patients n'est pas toujours suffisant et que tous les diagnostics différentiels ne sont pas systématiquement éliminés [1]. Aucune raison n'avait été attribuée à la prédominance masculine. Cependant Lewallen et al. ont estimé que cela pourrait être dû à une incidence accrue de traumatismes oculaires chez les hommes et à des pratiques culturelles qui découragent la fréquentation hospitalière des femmes dans

certain pays plutôt qu'à une véritable propension biologique pour les hommes [6]. Cependant, ces facteurs ne concernent pas tous les groupes ethniques et toutes les régions géographiques, et peuvent ne pas expliquer entièrement cette prévalence plus élevée chez les hommes [8].

Les femmes au foyer (38,4%) et les militaires ou paramilitaires (23,1%) étaient les plus représentés tandis que chez Chen les paysans (59,6%) étaient majoritaires [9]. C'est une pathologie cécitante parfois douloureuse qui impacte sur la qualité de vie des patients. L'ulcère de Mooren pose un problème d'aptitude pour les patients militaires ou paramilitaires du fait des contraintes et les séquelles liées à la maladie (consultations, hospitalisations et/ou une convalescence) car leur profession nécessite une disponibilité au service.

La symptomatologie fonctionnelle était dominée par la douleur oculaire dans 85,71% (16 yeux) et le flou visuel dans 80% des cas (15 yeux). La douleur est plus intense dans la forme de l'homme jeune africain (41% de nos patients) alors que la forme du sujet d'âge moyen atteignant les deux sexes est peu douloureuse [11]. Fasina et al. avaient rapporté une plus grande fréquence de la rougeur oculaire (82,6%) et une douleur oculaire dans 58,1% des cas [8]. En revanche l'étude de Ngoie et al au Congo révèle une prédominance de la douleur oculaire dans 71,1% des cas suivis des larmoiements, de la photophobie, de la rougeur et du flou visuel respectivement dans 71,1%, 49,5%, 44,5%, 30,3% des cas [5].

La forme bilatérale était retrouvée chez 6 patients (46,2%). D'autres auteurs ont retrouvé des taux plus faibles de formes bilatérales (Banla 11,13%), (Fasina 34,8%), (Ouffoue 29,17%) [7][8][2]. Lewallen et al. ont constaté que la forme bilatérale survenait dans 43 % des cas chez les patients plus âgés et seulement un tiers des patients plus jeune. Ce qui est comparable à notre étude où l'atteinte bilatérale était prédominante chez les femmes âgées [6].

Dans la série d'Ouffoue et al., 29,17% (7 yeux) des patients avaient une atteinte bilatérale [2].

Les ulcères de taille 3 (50 à 75% du pourtour cornéen) étaient les plus fréquentes dans notre série (36,8%). Selon Chow et al., l'axe horizontal serait plus fréquemment concerné que l'axe vertical avec une extension au début circonférentielle puis centrale touchant au maximum l'ensemble de la cornée. La taille 3 peut gêner la vision et faire apparaître les signes fonctionnels, de plus le retard de consultation pourrait expliquer sa fréquence [13].



Le taux de perforation cornéenne était de 52,6%, ce qui est supérieur aux 13,3% rapportés par Guindol et al. [14] et aussi plus important que les 35,5% de perforation rapportés par Ouffoue et al. [2]. Cela s'expliquerait par le caractère agressif de cette affection chez le mélanoderme.

Nous avons retrouvé des pathologies associées chez nos patients comme une limboconjonctivite endémique des tropiques (LCET) à un œil et quatre yeux ayant un ptérygion dont un opéré par exérèse et autogreffe limboconjonctivale. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de cas d'ulcère de Mooren survenant après cure de ptérygion mais sa survenue pourrait s'expliquer par le même mécanisme que dans les autres chirurgies. Quant à la LCET, les atteintes cornéennes fréquentes seraient dues aux lésions mécaniques par les frottements récurrents du fait de l'inflammation annexielle qui induit des kératites ponctuées superficielles.

L'ulcère de Mooren est une pathologie qui a la réputation d'être difficilement curable. Le traitement médical a consisté en une corticothérapie locale pour tous les yeux et une corticothérapie générale chez 36,8% des patients. La corticothérapie locale intensive est reconnue efficace et permet de cicatriser certains ulcères de Mooren [3]. La corticothérapie générale n'est utilisée qu'en l'absence d'amélioration après 8 jours de corticothérapie locale [1]. L'utilisation des immunosuppresseurs en traitement topique tels que la cyclosporine A 2% a donné de bons résultats sur la cicatrisation cornéenne dans des ulcères de Mooren sévères tout en permettant d'éviter les effets secondaires des corticoïdes [15][16]. Nos patients n'ont pas pu bénéficier de ce traitement du fait de son indisponibilité dans nos contrées. Sa préparation est bien codifiée dans les pharmacies hospitalières selon un mode opératoire rigoureux [17].

Les immunosuppresseurs par voie générale tels que le cyclophosphamide, l'azathioprine et le méthotrexate ont donné une efficacité sur la cicatrisation d'ulcères de Mooren résistant aux corticoïdes locaux et à la périectomie [18].

Du fait de leurs nombreux effets secondaires (granulopénies, thrombopénies, cardiomyopathies, nausées, vomissements, cystites, alopecie, aménorrhée et azoospermie), une surveillance étroite est nécessaire et leur administration doit se faire au mieux en médecine interne [1].

Nos patients n'ont pas reçu d'immunosuppresseurs par voie générale car la majorité des perforations (52,6%) était déjà survenue au moment du diagnostic et par crainte des effets

secondaires chez les patients jeunes. Depuis l'essor des biothérapies, d'autres molécules comme les agents anti-TNF- α ont été utilisés avec efficacité dans des cas cliniques ou de petites séries de patients rapportés [19]. La nécessité d'une rapidité du diagnostic, d'une disponibilité des moyens thérapeutiques et la sensibilisation de la population sur une consultation précoce pourrait réduire l'apparition des perforations.

Au plan chirurgical, les gestes réalisés étaient une périectomie (36,8%) et une greffe-bouchon conjonctivale (10,5%). La périectomie ou résection conjonctivo-limbique permet d'éloigner de l'ulcère les cellules médiatrices de la réaction immune, les immunoglobulines et les protéases destructrices [7]. Elle ne permet pas à elle seule d'obtenir une guérison mais doit être associée aux autres moyens thérapeutiques. Dans la série de Ayena et al., 7 patients avaient été opérés par périectomie avec adjonction du 5-fluoro-uracil [7].

Les recouvrements conjonctivaux ont été effectués dans les cas de perforation cornéenne pour refermer le globe oculaire. La conjonctive est désinsérée à partir du limbe puis glissée sur la perforation et suturée à la cornée et la sclère avec du nylon 10/0. La pose de colles cyanoacrylates si elle était disponible dans nos conditions d'exercice serait plus indiquée dans les petites perforations et doit être associée systématiquement à la mise en place d'une lentille thérapeutique [1]. La kératoplastie lamellaire antérieure profonde de grand diamètre est une alternative utile pour le traitement de l'ulcère de Mooren. Elle peut contrôler le processus inflammatoire en retirant la totalité de la cornée, à l'exception de l'endothélium et de la couche de Descemet [20]. Récemment, la greffe de membrane amniotique est de plus en plus utilisée dans les perforations cornéennes [21]. Associée à la colle biologique, elle peut donner un taux de succès de 80% [22]. Dans l'étude d'Ouffoue et al., la greffe de membrane amniotique avait été faite dans 6,4% des cas d'yeux perforés [2].

L'acuité visuelle avait connu après le traitement une perte de 2 lignes, passant de 0,2 LogMAR (6/10) à 0,4 LogMAR (4/10). Elle était réduite à une perception lumineuse à l'admission dans 21,1% des cas (4 yeux) et ce taux était de 26,31% (5 yeux) après le traitement. Par contre chez Ouffoue et al., après le traitement on notait un gain d'acuité visuelle dans 77,4% des cas (24 yeux) avec un taux de cécité légale de 16,1% (5 yeux) [2].



Les séquelles anatomiques retrouvées étaient majoritairement un remaniement de la chambre antérieure avec déformation pupillaire (31,6%), une cataracte, une phytose du globe (10,5% chacun) et un staphylome (5,3%). Dans l'étude de Fasina, 3 yeux avaient développé chacun un staphylome antérieur, un descémétocèle ou une perforation cornéenne [8].

Le taux de guérison sans séquelle était de 42,1% (8 yeux) dans notre étude. Ce qui est contraire à l'étude d'Ouffoue et al. où 83,8% des cas (26 yeux) avaient cicatrisé avec des récives dans 19,3% des cas (6 yeux) et une cécité légale dans 16,1% (5 yeux)[2].

Ces modifications anatomiques et fonctionnelles seraient dues au fait que beaucoup de nos patients avaient été reçus au stade de perforations cornéennes.

Conclusion

L'ulcère de Mooren est une pathologie oculaire rare et grave chez le mélanoderme sénégalais et est l'une des principales causes de malvoyance et de cécité dans notre milieu. C'est une affection chronique douloureuse survenant en l'absence totale de toutes maladies systémiques. Il s'agit d'une véritable urgence ophtalmologique du fait qu'il peut sans traitement menacer le pronostic fonctionnel et anatomique par ses caractères agressifs et évolutifs vers le descémétocèle et la perforation cornéenne.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Voegtlié R, Borderie V, Baudrimont M, Touzeau O, Cabane J. L'ulcère de Mooren. J Fr Ophtalmol 2000 ; 23 : 711-17
2. Ouffoue YGK, Ouonnebo LF, Konan A, Diby CA, Boni S, Fanny A. Problématique de l'ulcère de Mooren chez le mélanoderme. Revue SOAO 2020 ; 01 : 9-16
3. Jerez PM, Salvador, Culla B, de la Paz MF et al. Bilateral Boston keratoprosthesis type 1 in a case of severe Mooren's ulcer. Eur J Ophthalmol, 2020; 1-6
4. Zabsonre Tiendrebeogo W, Kaboré F, Sanou J, Meda G et al. Ulcère de Mooren et polyarthrite rhumatoïde : une association rare. RAFMI 2017 ; 4(1-2) : 51-52
5. Nogoie Maloba V, Nagayuna Nkiene J, Tunku Kabamba G, Chenge Borasisi G. Fréquence de l'ulcère cornéen à propos de 380 cas : étude rétrospective menée dans deux centres hospitaliers au RD Congo, J Fr Ophtalmol 2018, 41, 57-61
6. Lewallen S, Courtwright P. Problems with current concepts of the epidemiology of Mooren's corneal ulcer. Ann Ophthalmol 1990; 22: 52-55
7. Ayena DK, Agbo AD, Banla M, Agbobli A et al. Résultats du traitement de l'ulcère de Mooren par l'association périectomie et application de 5 FU. J Fr Ophtalmol 2007 ; 30 : 20
8. Fasina O, Ogundipe AO, Ezichi EI. Mooren's ulcer in Ibadan, southwest Nigeria. J West Afr Coll Surg 2013; 3: 102-19
9. Chen J, Xie H, Wang Z, Yang B, Liu Z, Chen L et al. Mooren's ulcer in China: a study of clinical characteristics and treatment. Br J Ophthalmol 2000; 84: 1244-9
10. Srinivasan M, Zegans ME, Zelefsky JR, Kundu A et al. Clinical characteristics of Mooren's ulcer in South India. Br J Ophthalmol 2007; 91: 570-5
11. Watson PG. of Mooren's ulceration. Eye, 1997; 11: 349-56
12. Dong Y, Zhang Y, Xie L, Ren J. Risk Factors, Clinical Features, and Treatment Outcomes of Recurrent Mooren Ulcers in China. Cornea 2017; 36: 202-9
13. Chow CY, Foster CS. Mooren's ulcer. Int Ophthalmol Clin, 1996; 36: 1-13
14. Guindolet D, Reynaud C, Clavel G et al. Management of severe and refractory Mooren's ulcers with rituximab. Br J Ophthalmol 2017; 101: 418-22
15. Zhao JC, Xiu-Ying J. Immunological analysis and treatment of Mooren's ulcer with cyclosporine A applied topically. Cornea 1993; 12: 481-8
16. Tandon R, Chawla B, Verma K, Sharma N, Titiyal JS. Outcome of treatment of Mooren's ulcer with topical cyclosporine A 2%. Cornea 2008; 27: 859-61



17. Chast F, Lemare F, Legeais JM, Batista R, Bardin C, Renard G. Préparation de collyre à la ciclosporine à 2%. J Fr. Ophthalmol, 2004 ; 27 : 567-576
18. Tiev KP, Borderie VM, Briant M, Ziani M, Morvant C, Baret M et al. Ulcères de Mooren sévères : efficacité du traitement par cyclophosphamide en bolus intraveineux mensuels. Rev Med Interne 2003 ; 24 : 118-22
19. Cordero-Coma M, Benito MF, Fuertes CL et al. Adalimumab for Mooren's ulcer. Ophthalmology 2009; 116: 1589, 1589.e1
20. Yang KC, Sun YL, Ui Ju C. Large-diameter Deep Anterior Lamellar Keratoplasty: An Alternative Treatment for Mooren Ulcer. Korean J Ophthalmol 2020; 34(5): 413-415
21. Bouazza M, Amine Bensemlali A, Elbelhadji M et al. Perforations cornéennes non traumatiques : modalités thérapeutiques. J Fr Ophthalmol 2012 ; 38 : 395-402
22. Hick S, Demers PE, Brunette I, La C, Mabon M, Duchesne B. Amniotic membrane transplantation and fibrin glue in the management of corneal ulcers and perforations: a review of 33 cases. Cornea 2005; 24: 369-77