

Ulcère de Mooren et polyarthrite rhumatoïde : une association rare.

Mooren ulcer association and rheumatoid arthritis: a rare association.

Zabsonre/ Tiendrebeogo W.J¹, Kaboré F¹, Sanou J², Meda G², Ouédraogo PS¹, Zabsonre/ Ahnoux A², Ouédraogo DD¹, Drabo YJ³.

- 1) Service de Rhumatologie, Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo
2) Service d'Ophthalmologie, Centre Hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo
3) Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo

Résumé

L'ulcère de Mooren est une affection oculaire auto-immune rare. La polyarthrite rhumatoïde est le plus fréquent rhumatisme inflammatoire chronique. Son origine auto-immune est connue. Nous rapportons le cas d'une patiente de 39ans présentant une association d'une polyarthrite rhumatoïde et d'un ulcère de Mooren qui semble rare.

Mots-clés : polyarthrite rhumatoïde, ulcère de Mooren, Afrique.

Summary

Mooren's ulcer is a rare auto immune eye affection. The rheumatoid arthritis is the most frequent chronic inflammatory rheumatism. We report the case of a 38 years old patient, presenting an association of a rheumatoid arthritis and Mooren's ulcer.

Keyword: rheumatoid arthritis, Mooren's ulcer, Africa.

Introduction

L'ulcère de Mooren est une affection rare en rapport avec une réaction auto-immune dirigée contre l'épithélium et le stroma cornéens [1,2]. Elle est responsable d'une baisse d'acuité visuelle. Son mécanisme étiopathogénique est actuellement peu connu [1,2]. Elle est grave du fait de la mise en jeu du pronostic visuel. La polyarthrite rhumatoïde, plus fréquent rhumatisme inflammatoire chronique, est une maladie auto-immune systémique à prédominance synoviale [3]. A ce jour, peu de données existent sur l'association d'une polyarthrite rhumatoïde à un ulcère de Mooren [4]. Nous décrivons le cas d'une patiente suivie pour un ulcère de Mooren et ayant présenté une polyarthrite rhumatoïde.

Observation

Madame BB âgée 39 ans, femme au foyer a été reçue pour des polyarthralgies inflammatoires évoluant depuis 2 mois intéressant les poignets, les interphalangiennes proximales, métacarpophalangiennes. On notait dans ses antécédents un ulcère de Mooren depuis 2013 pour lequel elle était suivie en ophtalmologie (Figures 1 et 2). L'examen rhumatologique à l'admission notait un syndrome articulaire périphérique fait de douleurs à la palpation des interphalangiennes, des métacarpophalangiennes, des poignets, des genoux et des chevilles. Il n'y avait pas de synovite ni de déformations. L'examen ne notait pas de nodules rhumatoïdes ni d'atteinte axiale ou de signes cutanés associés. Le reste de l'examen était normal. L'hémogramme notait un taux d'hémoglobine 11,4g/dl, des leucocytes à 9200 éléments/mm³ et des plaquettes à 302 000éléments/mm³. La vitesse de sédimentation était accélérée à 56 mm à la première heure et la protéine C réactive (CRP) élevée à 23 mg/L. La créatininémie, les transaminases, la

glycémie, les sérologies des hépatites virales B, C, VIH étaient négatives. Le facteur rhumatoïde était positif à 30 UI/l. Les anticorps anti CCP2 étaient positifs 20 U/ml). Les anticorps antinucléaires étaient négatifs. La radiographie des mains et des pieds de face notait une déminéralisation du carpe et des épiphyses en bande. Il n'a pas été observé d'érosions. La radiographie pulmonaire était normale. Le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde non érosive anticorps anti CCP2 positive a été retenu. L'échographie oculaire notait une cornée épaissie, irrégulière mesurant entre 1,2 et 1,4mm à droite et à gauche.



Figure 1: ulcération bilatérale de la cornée.

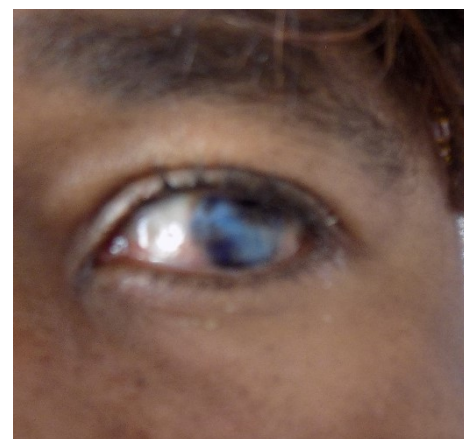


Figure 2 : Ulcération de cornée de l'œil droit.

Le vitrée était transonore, il n’y avait pas de décollement rétinien, le nerf optique était d’épaisseur normale. Un traitement par prednisone à 15mg par jour était instauré en association au Méthotrexate à 15mg par semaine. L’évolution était marquée par une amélioration de la symptomatologie articulaire et ophtalmologique. Une greffe de cornée a été réalisée en Octobre 2015 avec récupération progressive de l’acuité visuelle.

Discussion

L'ulcère de Mooren est une pathologie peu fréquente. Bowman a été le premier à l'évoquer [7]. La maladie est rare dans l'hémisphère nord, mais plus fréquente dans le sud et le centre de l'Afrique, la Chine et le sous-continent indien [5]. Pourtant peu de données sont disponibles concernant cette affection en Afrique subsaharienne [4-6]. L'étiologie est inconnue. Il s'agirait d'un processus auto-immun avec des anticorps anti cornéen et anti conjonctival qui ont été isolés chez des patients malades [8]. La polyarthrite rhumatoïde est le plus fréquent rhumatisme inflammatoire chronique. L'étiologie auto immune de la polyarthrite rhumatoïde a été prouvée. Le rôle déclencheur des infections surtout *Porphyromonas gingivalis* et du tabac est prouvé [3]. L'association de ces 2 affections pourrait s'expliquer par l'activation du système immunologique. En effet, l'origine auto-immune au cours de l'ulcère de Mooren est suggérée par la présence d'enzymes protéoglycolytiques abondantes sécrétées par les cellules mononucléées et les neutrophiles du tissu conjonctival entourant la lésion cornéenne qui s'infiltrant progressivement dans la zone entourant l'ulcère. En outre, le déficit en lymphocytes T suppresseurs et la présence d'anticorps anti cornée et anti tissu conjonctival dans les échantillons de sang de patients atteints d'ulcère de Mooren peuvent également soutenir l'origine auto-immune de cette affection [9]. Au cours de la polyarthrite rhumatoïde, il est prouvé que la présence anticorps dirigés contre les peptides citrullinés est associée à l'apparition de la maladie chez les sujets génétiquement prédisposés [10]. La rareté des atteintes ophtalmologiques de la polyarthrite rhumatoïde, de même que la chronologie des manifestations cliniques des deux affections, à savoir le déclenchement de l'ulcère de Mooren 2 ans avant la survenue de la

Conclusion

L'ulcère de Mooren est une affection qui met en jeu le pronostic visuel quand il survient. Son association à une polyarthrite rhumatoïde est rare et serait un argument supplémentaire pour l'origine auto-immune de cette affection ophtalmologique dont le mécanisme physiopathologique reste à élucider

polyarthrite rhumatoïde fait discuter une association de ces deux maladies auto-immunes plus qu'une atteinte ophtalmologique de la polyarthrite rhumatoïde qui est une complication rare mais possible. Le Méthotrexate utilisé dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde a permis une amélioration de la symptomatologie ophtalmologique. Les immunosuppresseurs tels que le Méthotrexate, l'Azathioprine et la Cyclosporine sont réservés aux formes sévères ou secondaires à une maladie auto-immune et permettent de traiter et de guérir des patients présentant ces ulcères de Mooren [11, 12, 13].

REFERENCES

- 1- Voegtli R, Borderie V, Baudrimont M, Touzeau O, J. Cabane J, Nordmann J-Ph, Laroche L. L'ulcère de Mooren. J Fr Ophtalmol 2000;23:711-7
- 2- Mooren A. Ophthalmiatische beobachtungen. Berlin: Hirschwald, 1867:107
- 3- Le Loet X, Goeb V, Lequerre T. Polyarthrite rhumatoïde. Encycl. Méd. Chir (Paris), Traité de Médecine, 7-0500. 2006
- 4- Fasina O, Ogundipe A, Ezichi E. Mooren's ulcer in ibadan, southwest Nigeria. J West Afr Coll Surg. 2013; 3(3):102-19
- 5- Alhassan MB¹, Rabiou M, Agbabiaka IO. Interventions for Mooren's ulcer Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jan 22; 1:CD006131. doi:10.1002/14651858.CD006131.pub3
- 6- Stilma JS. Conjunctival excision or lamellar scleral autograft in 38 Mooren's ulcers from Sierra Leone. Br J Ophthalmol. 1983 Jul;67(7):475-8
- 7- Bowman W. Case 12, p12 in the parts concerned in the operations of the eye (1849), cited by Nettleship E: Chronic serpiginous ulcer of the cornea (Mooren's ulcer) Trans Ophthalmol Soc UK. 1902; 22:103-44
- 8- Schaap OL, Feltkamp TE, Breebaart AC. Circulating antibodies to corneal tissue in a patient suffering from Mooren's ulcer (ulcus rodens corneae) Clin Exp Immunol 1969; 5:365-70
- 9- Al Motowa S, Al Zobidi M. Amniotic Membrane Transplant with a Special Technique (Motowa's Sandwich Technique) in Mooren's Ulcer. Middle East Afr J Ophthalmol. 2015; 22(3): 386-8
- 10- Constantin A, Degboé Y, Ruyssen-Witrand A. les arthralgies à risque de progression vers une polyarthrite rhumatoïde. Rev rhum 2017 ; 84 :331-5
- 11- Chihara E, Nish R, Asayama K, Tsukahara I. Treatment of Mooren ulcer by conjunctival excision. Ophthalmologica, 1979;199:258-64
- 12- Wakefield D, Robinson LP. Cyclosporin A therapy in Mooren's ulcer. Br J Ophthalmol, 1987;71:415-7
- 13- Hill JC, Potter P. Treatment of Mooren's ulcer with cyclosporin A: a report of three cases. Br J Ophthalmol, 1987; 71:11-5.