



Aspects cliniques et étiologiques des uvéites en Service de Médecine Interne à Ouagadougou (Burkina Faso). Une revue de 6 cas.

Clinical and etiological aspects of uveitis in a Ouagadougou (Burkina Faso) Internal Medicine Department. A review of 6 cases

Bognounou R^{1,2}, Tieno H^{1,2}, Dembele L², Zoungrana L^{1,2}, Traore S², Sagna Y³,
Bagbila A³, Kyelem CG³, Guira O^{1,2}, Yameogo TM³, Ouedraogo SM³

1. Université Joseph Ki-Zerbo de Ouagadougou, UFR/SDS, Burkina Faso
2. Service de Médecine Interne CHU Yalgado Ouedraogo, Ouagadougou Burkina Faso
3. Service de médecine interne du CHU Sourô Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Auteur correspondant : Dr BOGNOUNOU René

Résumé

Introduction : L'uvéite ou inflammation de la membrane intermédiaire de l'œil, est la troisième cause de cécité. Sa présentation clinique est variable et elle relève de causes multiples. La recherche étiologique est limitée dans les pays à revenu faible. L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des uvéites.

Matériel et Méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale avec recueil rétrospectif des données à partir des dossiers des patients reçus pour exploration d'une uvéite dans un service de Médecine Interne et concernait la période du 1^{er} août 2017 au 30 avril 2018.

Résultats : L'étude a concerné 6 patients, avec un âge moyen de 38,83 ans et un sexe ratio de 0,5. Ils ont été adressés du service d'ophtalmologie pour recherche étiologique d'une uvéite. Le bilan paraclinique était contributif chez 3 patients et a permis de conclure à une pan uvéite à HLAB27 positif, une uvéite d'origine tuberculeuse et une uvéite multifactorielle. L'évolution a été favorable sous corticothérapie associée aux traitements étiologiques.

Conclusion : Les uvéites sont dues souvent à des causes idiopathiques. Ces étiologies étant fréquemment intriquées, la prise en charge nécessite une collaboration multidisciplinaire.

Mots clés : Uvéites - Etiologies - Médecine interne - Multidisciplinaire - Ouagadougou.

Summary

Introduction: Uveitis, or inflammation of the intermediate membrane of the eye, is the third leading cause of blindness. Its clinical presentation is variable and it has multiple causes. Etiologic research is limited in low-income countries. The objective of this study was to describe the epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects of uveitis.

Material and Methods: This was a cross-sectional study with retrospective data collection from the records of patients received for exploration of uveitis in a department of Internal Medicine and concerned the period from August 1, 2017 to April 30, 2018.

Results: The study involved 6 patients, with a mean age of 38.83 years and a sex ratio of 0.5. They were referred from the ophthalmology department for etiological investigation of uveitis. The paraclinical workup was contributory in 3 patients and led to the conclusion of a pan uveitis with HLAB27 positive, a uveitis of tubercular origin and a multifactorial uveitis. The evolution was favorable under corticotherapy associated with etiological treatments.

Conclusion: Uveitis is often due to idiopathic causes. These etiologies being frequently intertwined, the management requires a multidisciplinary collaboration.

Keywords: Uveitis - Etiologies - Internal medicine - Multidisciplinary - Ouagadougou.

Introduction

L'uvéite est une inflammation de la membrane intermédiaire de l'œil ou uvée. En fonction de la localisation principale de l'inflammation, elle peut être antérieure, intermédiaire ou postérieure voir totale ou pan uvéite lorsque tous les trois compartiments sont touchés. Elle est la troisième cause de cécité avec une prévalence variant, selon les pays, de 38 à 714 personnes pour 100 000 habitants en Europe et est plus fréquente chez le sujet adulte de sexe féminin [1, 2, 3].

En Afrique sub saharienne, notamment au Burkina Faso, les études épidémiologiques sur les uvéites sont rares ; elles y posent le problème de l'accessibilité aux examens paracliniques pour la recherche étiologique.

Cette étude se propose de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des uvéites dans le service de médecine interne du CHUYO de Ouagadougou.

Matériel et méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale avec recueil rétrospectif des données à partir des dossiers des

patients reçus pour exploration d'une uvéite dans le service de Médecine Interne du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo et a concerné la période allant du 1^{er} aout 2017 au 30 avril 2018.

Résultats

L'observation clinique a concerné 6 patients, dont la moyenne d'âge était de 38,83 ans avec des extrêmes de 14 et 56 ans et le sexe ratio (H/F) était de 0,5.

Les statuts socio-professionnels retrouvés étaient celui de fonctionnaires (03), restauratrice (01), cultivateur (01) et élève (01).

Les patients ont été tous référés du service d'ophtalmologie où le principal motif de consultation était la baisse de l'acuité visuelle (BAV) retrouvée chez 3 d'entre eux, associée à des larmoiements et des céphalées chez respectivement 1 patient ; un dernier patient a consulté pour rougeur de l'œil. La figure 1 montre la répartition des patients selon le motif de consultation.

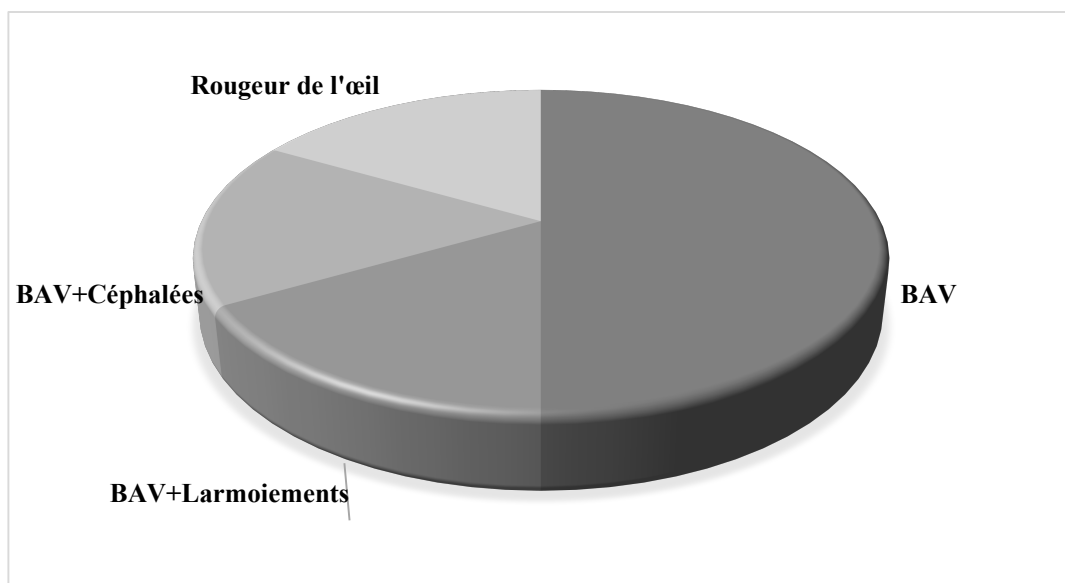


Figure 1 : Répartition des patients selon le motif de consultation

Comme pathologies associées, il a été retrouvé : un zona ophtalmique en activité, une cataracte membraneuse bilatérale avec des synéchies irido-cristalliennes, une rhino-sinusite, un diabète et une hypertension artérielle.

Les examens biologiques de première intention (Numération Formule Sanguine (NFS), Protéine C

Réactive (CRP), glycémie ; Sérologie Rétrovirale (SRV)) étaient sans anomalies chez les 5 patients. Le tableau I montre la répartition des patients selon les résultats des examens paracliniques à visée étiologique.



Tableau I : Examens paracliniques à visée étiologique

	Sérologie syphilitique	Sérologie toxoplasmique	Echographie oculaire	Autres
Patient 1	Positive	Positive	Kératoconjonctivite ipsilatérale non floconneuse	-
Patient 2	Négatif	Négatif	Fins échos en suspension intra-vitréenne d'aspect aspécifique	IDR positive à 15mm
Patient 3	Négatif	Négatif	Non réalisée	HLA B27 positif
Patient 4	Négatif	Négatif	Kératoconjonctivite ipsilatérale non floconneuse	-
Patient 5	Négatif	Négatif	Fins échos en suspension intra-vitréenne d'aspect aspécifique	-
Patient 6	Négatif	Négatif	Non réalisée	IDR positive à 15mm

Au terme des investigations, chez les patients dont le bilan paraclinique était contributif, des diagnostics ont été retenus. Le tableau II montre la répartition des patients selon le diagnostic retenu.

Tableau II : Diagnostics retenus

Diagnostics retenus	
Patient 1	Panuvéite bilatérale multifactorielle (zona, syphilis, toxoplasmose)
Patient 2	Panuvéite bilatérale d'origine tuberculeuse
Patient 3	Panuvéite droite et uvéite antérieure gauche à HLA B27
Patient 4	Panuvéite bilatérale Idiopathique
Patient 5	Uvéite de l'œil gauche d'étiologie inconnue
Patient 6	Uvéite antérieure bilatérale idiopathique

Le traitement médicamenteux a nécessité le concours d'autres spécialistes. Les six patients ont bénéficié d'un traitement anti inflammatoire et d'une corticothérapie locale (Indométacine, Diclofénac, Dexaméthasone phosphate sodique+ Néomycine sulfate) associés à un traitement étiologique lorsqu'elle était retrouvée.

Une corticothérapie par voie générale (bolus) avec relais par voie orale a été administrée chez 4 patients.

L'évolution a été marquée par une amélioration progressive de l'acuité visuelle chez tous les patients et auditive chez un patient.

Discussion

Notre travail présente des limites liées à la petite taille de notre échantillon (6 patients), à la durée de collecte des données de 6 mois et au caractère monocentrique. Cependant cette étude aborde une pathologie importante en médecine interne et permet de faire une revue de la littérature sur la question des uvéites.

Les uvéites ou inflammations du tractus uvéal intéressent avec prédilection les sujets adultes mais n'épargnent aucune tranche de la population [4].

Les caractéristiques démographiques de notre échantillon divergent avec celles des études européennes, avec en particulier une prédominance féminine [5, 6].

Sur le plan anatomique, plus de la moitié de nos patients (4/6) présentent une panuvéite (66,67%), alors que la plupart des études épidémiologiques

réalisées en Europe retrouvent une nette prédominance des uvéites antérieures [7, 8].

Sur le plan clinique, la baisse de l'acuité visuelle était le motif de consultation le plus fréquent dans 3 cas sur 6. Tous les patients chez Ayena au Bénin avaient consulté pour une baisse de l'acuité visuelle [9]. Sur le plan étiologique, on distingue trois grands cadres étiologiques : les pathologies infectieuses, les maladies systémiques et inflammatoires et les entités ophtalmologiques pures [5, 10]. Les examens paracliniques à visée étiologique proposés à nos patients selon les recommandations du comité d'experts français sur le diagnostic et la prise en charge des uvéites, n'ont pu être réalisés qu'en partie du fait du plateau technique limité et du coût élevé de ces examens [10, 11].

Une cause infectieuse a été retrouvée chez 2 de nos patients (toxoplasmose, syphilis, zona, tuberculose), une cause inflammatoire chez 1 patient (spondylarthropathie) et un diagnostic n'a pu être établi dans 3 cas. Ce taux de diagnostic étiologique est légèrement inférieur aux autres séries de la littérature (entre 52 et 74%) [2, 12].

Les uvéites infectieuses sont plus fréquentes dans les pays en voie de développement, où elles représentent 30 à 50% des cas d'uvéites, alors qu'elles ne sont la cause que de 11 à 21% des uvéites dans les pays industrialisés [13]. En cas de tuberculose, l'uvéite peut être due à une infection intraoculaire par les mycobactéries ou à une réaction d'hypersensibilité à des antigènes microbiens [14].



Les manifestations oculaires de la tuberculose sont très diverses. La forme la plus fréquemment décrite est la choroïdite (uvéite postérieure), avec les tubercules de Bouchut (nodules choroïdiens au niveau du pôle postérieur de couleur jaunâtre) [15]. Diverses pathologies qui chacune, isolée peuvent être cause d'uvéite et dont les traitements sont indépendants, ont été retrouvées chez certains de nos patients, à l'instar de la toxoplasmose, la syphilis, le zona, la tuberculose [11, 16]. L'apparition d'uvéites liées à la syphilis ou à la toxoplasmose renforce encore la nécessité de réaliser une sérologie syphilitique et toxoplasmique dans le bilan étiologique. Cela souligne l'importance de rechercher cette étiologie d'autant plus que l'uvéite syphilitique, dite « grande simulatrice » peut prendre la forme de tous types d'uvéites. La sérologie syphilitique reste la seule sérologie dont la réalisation systématique est recommandée devant toute forme d'uvéite [17]. De même dans nos pays d'endémie tuberculeuse une recherche active de la tuberculose pourrait se justifier en cas d'uvéites.

Il existe une variabilité étiologique des uvéites selon les lieux d'étude, liée à des facteurs génétiques (ethnie, génotype HLA) et environnementaux (résidence, germes pathogènes), et ce en particulier pour la maladie de Lyme, la maladie de Behçet, le syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, les spondylarthropathies ou encore la toxoplasmose voire la tuberculose et la sarcoïdose [3, 18]. Un diagnostic n'a pas pu être établi chez 3 de nos patients. Il a été décrit par plusieurs auteurs des uvéites d'origine indéterminée voire idiopathique [19, 20, 21]. Des bilans ciblés répétés dans le temps peuvent finir par mettre en évidence les maladies causales. Rothova et al. ont décrit cinq cas de sarcoïdose où le bilan initial était revenu négatif, avec un diagnostic prouvé survenant plus d'un an après le début des symptômes oculaires [22]. Bouillet et al. retrouvaient que dans leur étude, 11% des uvéites avaient un diagnostic étiologique tardif, posé plus de six mois à partir de la première consultation en médecine interne [23].

Il existe une difficulté quant à la comparaison des différents résultats des études épidémiologiques sur les uvéites en termes d'étiologies du fait de la variation des facteurs géographiques, des critères d'inclusion et d'exclusion, de la stratégie diagnostique adoptée et des moyens à disposition des équipes. La majeure partie des études épidémiologiques sur les uvéites sont mono centriques et/ou rétrospectives. Pour affiner le

diagnostic des uvéites une collaboration étroite entre le médecin ophtalmologiste et le médecin interniste s'avère indispensable.

Conclusion

Les uvéites ou inflammations du tractus uvéal relèvent de plusieurs étiologies qui restent malheureusement souvent obscures dans notre contexte du fait de la difficulté d'accès aux examens d'investigations. Ces étiologies étant fréquemment intriquées, la prise en charge requiert une collaboration multidisciplinaire.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

REFERENCES

1. Brezin A. Les uvéites : rapport de la Société Française d'Ophtalmologie. Paris : Masson. 2010 ; 115
2. Smit RL, Baarsma GS. Epidemiology of uveitis. *Curr Opin Ophthalmol.* 1995; 6(3): 57-61
3. Abdoul Salam YS, Hamed Ould MA, Mehdi K et al. Profil épidémiologique des uvéites : à propos de 105 cas. *Pan African Medical Journal.* 2016 ; 24 :97
4. Gueudry J, Muraine M. Anterior uveitis. *J Fr Ophtalmol.* 2018; 41(2): 170-182
5. Nguyen AM, Sève P, Le Scanff J et al. Clinical and etiological aspects of uveitis: a retrospective study of 121 patients referred to a tertiary center of ophthalmology. *Rev Med Interne.* 2011; 32: 9
6. Jakob E, Reuland MS, Mackensen F, Harsch N, Fleckenstein M, Lorenz H-M et al. Uveitis subtypes in a german interdisciplinary uveitis center--analysis of 1916 patients. *J Rheumatol.* 2009; 36: 127
7. Cimino L, Aldigeri R, Salvarani C, Zotti CA, Boiardi L, Parmeggiani M et al. The causes of uveitis in a referral center of Northern Italy. *Int Ophthalmol.* 2010; 30: 521-9
8. Chan SM, Hudson M, Weis E. Anterior and intermediate uveitis cases referred to a tertiary center in Alberta. *Can J Ophthalmol.* 2007; 42: 860-4



9. Ayena KD, Assavedo CRA, Nagbe YE, Zonvide D, Amedome KM, Tete Y, Balo K. Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des uvéites à Boko et à Parakou au nord du Bénin. *Revue SOAO*. 2017, 1: 49-54
10. Sève P, Bodaghi B, S. Trad and al. Uveitis: Diagnostic work-up. Recommendations from an expert committee. *Rev Med Interne*. 2017; 6: 1-11
11. Koffi KV, Kouassi FX, Kouassi AC et al. Les uvéites : profils épidémiologique, clinique et thérapeutique au CHU Cocody (Abidjan-Côte d'Ivoire). *Med Afr Noire*. 2001 ; 48(2) : 67-72
12. Smit RL, Baarsma GS, de Vries J. Classification of 750 consecutive uveitis patients in the Rotterdam Eye Hospital. *Int Ophthalmol*. 1993; 17: 71-6
13. Khairallah M, Attia S, Zaouali S, Yahia SB, Kahloun R, Messaoud R et al. Pattern of childhood-onset uveitis in a referral center in Tunisia, North Africa. *Ocul Immunol Inflamm*. 2006; 14(4): 225-31
14. Bansal R, Gupta A, Gupta V, Dogra MR, Bambery P, Arora SK. Role of anti-tubercular therapy in uveitis with latent/manifest tuberculosis. *Am J Ophthalmol*. 2008; 146(5): 772-9
15. Gupta A, Bansal R, Gupta V, Sharma A, Bambery P. Ocular signs predictive of tubercular uveitis. *Am J Ophthalmol*. 2010; 149(4): 562-70
16. Gauthier AS, Tea S, Hustache-Mathieu L and col. Ocular syphilis: 9 cases. *J Fr Ophtalmo*. 2016; 39(9): 750-755
17. Sève P, Cacoub P, Bodaghi B, Trad S, Sellam J, Bellocq D et al. Uveitis: Diagnostic work-up. A literature review and recommendations from an expert committee. *Autoimmun Rev*. 2017; 16(12): 1254-64
18. Wakefield D, Chang JH. Epidemiology of uveitis. *Int Ophthalmol Clin*. 2005; 45: 1-13
19. Cimino L, Aldigeri R, Salvarani C, Zotti CA, Boiardi L, Parmeggiani M et al. The causes of uveitis in a referral center of Northern Italy. *Int Ophthalmol* 2010; 30: 521-9
20. Saadoun D, Trad S. Uveitis: From diagnosis to treatment. *Rev Med Interne*. 2018; 39(9): 673-675
21. Richard-Colmant G, Guillaud M, Gerfaud-Valentin M, Denis P, Broussolle C, Kodjikian L, Sève P. Caractéristiques cliniques, évolutives et thérapeutiques des uvéites d'origine indéterminée : analyse d'une cohorte retrospective de 355 patients. *Rev Med Interne*. 2016 ; 37(2) : P A86
22. Rothova A, Buitenhuis HJ, Meenken C, Brinkman CJ, Linssen A, Alberts C et al. Uveitis and systemic disease. *Br J Ophthalmol*. 1992; 76: 137-41
23. Bouillet L, Sarrot-Reynaud F, Gonzalez B, Massot C, Romanet J, Mouillon M. Diagnostic strategy in uveitis: a prospective study in 125 cases. *J Fr Ophtalmo* 2000; 23: 569-75