

LES UVEITES TUBERCULEUSES (A PROPOS DE 4 CAS)

R .KARAMI;
M.ELBELHADJI;
L.BENHMIDOUNE;
W .BAHA;
A .BENSEMLALI ;
M.ADLI;
I.BOUJARNIJA ;
M.BOUKHRISSE ;
A.AMRAOUI.

Service d'ophtalmologie adulte
hôpital 20 aout Casablanca.

Keywords:
tuberculosis, uveitis,
Bouchut tubercles;
anti-bacillary

RESUME

Au Maroc, La tuberculose sévit à l'état endémique, la localisation oculaire est une manifestation rare de la maladie. L'uvéite reste l'atteinte la plus fréquente au cours de la tuberculose oculaire. L'immunodépression d'origine infectieuse par le virus HIV ou d'origine iatrogène par corticothérapie au long cours sont parmi les raisons de la recrudescence de cette maladie. Le diagnostic Positif reste difficile en l'absence de lésions accessibles à une étude histologique, d'où l'intérêt d'y penser devant une uvéite. Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 4 patients reçus dans notre service entre 2006 et 2010. Les principaux signes d'appel étaient la baisse d'acuité visuelle, la douleur et la rougeur oculaire. Sur les 4 cas de tuberculose oculaire on retrouve une notion de contagio tuberculeux dans 1 cas et une tuberculose extra-oculaire dans 1 cas. Le diagnostic est posé sur l'aspect clinique et sur un faisceau d'arguments para cliniques. Le traitement anti bacillaire a été institué chez tous les malades avec un traitement anti-inflammatoire stéroïdien dans 2 cas. L'évolution a été favorable dans 3 cas.

La tuberculose atteint au Maroc environ 30000 nouveaux cas par an. La localisation oculaire n'est pas exceptionnelle et peut se voir dans le cadre d'une primo-infection ou de lésions secondaires à une tuberculose générale. L'atteinte de l'uvée est la manifestation la plus fréquente. Le diagnostic de tuberculose oculaire se base sur des éléments de présomption que sont les critères anamnestiques, les lésions extra oculaires, la positivité de l>IDR, la positivité de la recherche du génome du BK par méthode de polymérase chain réaction (PCR) au niveau de l'humeur aqueuse. Le diagnostic différentiel se fait avec la sarcoïdose et la toxoplasmose. Le traitement des uvéites d'origine tuberculeuse comprend, en plus des anti bacillaires, un traitement à base de corticoïdes.

SUMMARY

In Morocco, tuberculosis prevails in an endemic state, the ocular localization is a rare demonstration of the disease. The uvéite remains the most frequent attack during ocular tuberculosis. The immunodépression of infectious origin by virus HIV or of iatrogenic origin by corticotherapy with the long course are among the reasons of the recrudescence of this disease. The Positif diagnosis remains difficult in the absence of lesions accessible to a histological study, from where interest to think of it in front of a uvéite. We report 4 cases of patients having presented a uvéite tuberculosis. The principal signs of call were the fall of vision, the pain and ocular redness. On the 4 cases of ocular tuberculosis one finds a concept of tuberculous contagio in 1 case; an ocular extra tuberculosis in 1 case. The diagnosis is posed on the clinical aspect and a beam of arguments para private clinics. The bacillar anti treatment was instituted among all patients with a treatment anti-inflammatory drug stéroïdien in 2 cases. The evolution was favorable in 3. Tuberculosis reaches in Morocco approximately 30000 new cases per annum. The ocular localization is not exceptional and can be seen within the framework of a primary infection or lesions secondary with a general tuberculosis. The attack of the uvea is the most frequent demonstration. The ocular diagnosis of tuberculosis is based on elements of presumption which are the criteria anamnestic, the ocular extra lesions, the positivity of l>IDR, the positivity of the research of the genome of BK by method of polymerase chain reaction (PCR) on the level of l'aqueous humour. The differential diagnosis is done with sarcoidosis and the toxoplasmose. Treatment of the uvéites d'origine tubercular patient includes/understands, in addition to the anti tubercular people, a treatment containing corticoid.

INTRODUCTION

La tuberculose oculaire reste une localisation rare de la maladie, malgré sa recrudescence récente chez les patients atteints de Sida. De nombreux tissus oculaires sont susceptibles d'être touchés. L'atteinte peut être d'origine infectieuse par dissémination hématogène du BK, ou d'origine immunologique par le biais d'une hypersensibilité secondaire aux antigènes bactériens.

La diversité de l'atteinte ophtalmologique mérite d'être soulignée et certaines de ces lésions doivent être reconnues car elles orientent fortement le diagnostic qui reste difficile en l'absence de lésions accessibles à une étude histologique.

Le traitement repose essentiellement sur les antituberculeux. L'émergence de BK résistants rend difficile la prise en charge de cette affection qui peut compromettre à la fois le pronostic fonctionnel et vital.



OBSERVATIONS

Cas - Case n°1

Une patiente de 34 ans, hospitalisée au service de médecine pour miliaire tuberculeuse, et qui présentait une baisse rapidement progressive de l'acuité visuelle de son œil droit sans rougeur ni douleur oculaire. L'examen ophtalmologique a trouvé une acuité visuelle de 1/10, un segment antérieur normal sans Tyndall ni précipités retro-descemetiques et au fond d'œil (Figure 1) une lésion jaunâtre sus papillaire : un tuberculome choroïdien et à l'angiographie rétinienne une hyperfluorescence après injection de fluorescéine, la patiente a été mise sous traitement antibacillaire (2SHRZ/7RH), l'évolution était favorable avec disparition de la lésion et amélioration de son acuité.

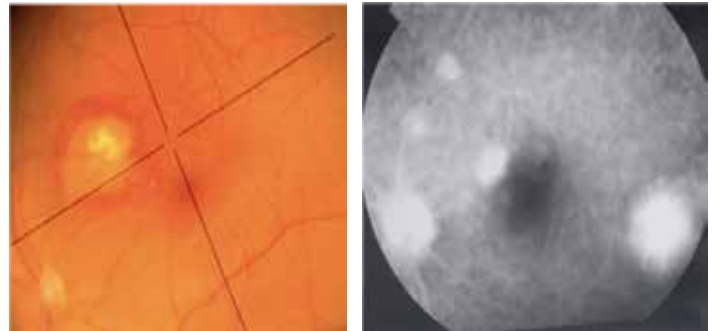


Figure 1 :Tuberculome choroïde dans le cadre d'une miliaire tuberculeuse

Cas - Case n°2

Patiente de 19 ans, suivie également pour miliaire tuberculeuse, et qui présentait un flou visuel de son œil gauche, l'examen ophtalmologique trouva une acuité visuelle à 2/10, un segment antérieur normal, et au fond d'œil de multiples lésions blanchâtres au dépens du pôle postérieur et des arcades temporales, masquant la fluorescence choroïdienne, caractéristiques des tubercules de Bouchut (Figure 2). L'évolution était favorable sous traitement anti bacillaire (2SHRZ/7RH) associé à une corticothérapie générale.



Figure 2 :Choréïdite multifocale dans le cadre d'une miliaire tuberculeuse

Cas - Case n°3

Patient de 32 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présentait depuis un mois une vision floue au niveau des 2 yeux, avec une légère raideur de la nuque, l'examen ophtalmologique trouva une acuité visuelle 1/10 au niveau de son œil droit et compte les doigts de loin au niveau de l'œil gauche, un segment antérieur normal, avec au fond de l'œil un œdème papillaire bilatéral stade I en plus de lésions blanchâtres au niveau de son œil gauche en faveur des tubercules de Bouchut. Devant le tableau clinique et la présence d'un syndrome méningé, une ponction lombaire a été faite posant le diagnostic d'une méningite tuberculeuse. Le diagnostic d'uvéite postérieure a été posé sur l'aspect clinique et la confirmation biologique du liquide de la ponction lombaire. Le patient a été mis sous traitement anti bacillaire (2SHRZ/7RH) associé à une corticothérapie générale, il a été décédé à une méningo-encéphalite sévère.

Cas - Case n°4

Patiente de 26 ans, ayant comme antécédents une tuberculose pulmonaire il y a 2ans correctement traitée, et qui présentait depuis 15 jours un œil rouge douloureux avec baisse d'acuité visuelle de son œil droit. A l'examen une acuité visuelle réduite aux mouvements de la main, une cornée claire, des précipités retrodescemetiques en grappe de mouton et un Tyndall de chambre antérieure avec des nodules iriens (Figure 3). Léchographie oculaire révéla un vitré trans-sonore et une rétine à plat. L'examen clinique général trouva des adénopathies cervicales dont la biopsie montra une granulome géant-cellulaire avec une nécrose caseuse. Le diagnostic d'uvéite antérieure granulomateuse a été posé sur un faisceau d'arguments anamnestiques (antécédents de tuberculose pulmonaire), clinique (caractère granulomateux, adénopathies cervicales) et para cliniques (résultats de la biopsie ganglionnaire). La patiente a été mise sous traitement anti bacillaire (2SHRZ/7RH) associé à une corticothérapie locale, l'évolution était favorable.



Figure 3 : Uvéïte antérieure granulomateuse associée à des nodules iriens

DISCUSSION :

Au Maroc la tuberculose sévit à l'état endémique avec une incidence de 30000 nouveaux cas par an, les localisations extra-pulmonaires représentent 35 % de l'ensemble des atteintes, dont 1 à 2 % sont des atteintes oculaires (1).

La tuberculose est due au mycobacterium tuberculosis qui est un bacille aérobie qui entraîne une nécrose granulomateuse localisée ou systémique. La primo-infection survient généralement au niveau du poumon et rarement extra-pulmonaire. L'atteinte oculaire s'explique par 2 mécanismes, soit par inoculation directe du mycobacterium tuberculosis soit par hypersensibilité (2).

La tuberculose oculaire est dite primitive lorsqu'il n'y a pas de localisation extra-oculaire (3,4) ou plus rarement lorsque la porte d'entrée est oculaire (5,7). Cette éventualité quoique rare a été rapportée par certains auteurs (4,8,9), avec des atteintes cornéo-conjonctivales, alors que les formes orbitaires, chorio-rétiniennes et uvéales sont généralement bilatérales et se voient dans les atteintes systémiques (10).

Dans nos observations, l'uvéite est postérieure dans 3 cas et antérieure dans un cas, la notion de contagio tuberculeux dans 1 cas; une tuberculose extra-oculaire dans 3 cas dont 2 miliaires tuberculeuses et une tuberculose pulmonaire.

Les atteintes tuberculeuses les plus fréquentes au cours de la tuberculose sont l'iridocyclite granulomateuse bilatérale, l'uvéite postérieure, la chorioretinite multifocale avec ou sans nécrose rétinienne et la vascularite (2,10,12).

La périphlébite rétinienne au cours du syndrome Eales a été hautement associée à la tuberculose (11), actuellement ce syndrome est plutôt considéré comme idiopathique.

L'uvéite tuberculeuse se traduit par un granulome tuberculeux, des tuberculomes choroïdiens qui sont des lésions blanc-jaunâtre ne

dépassant pas la ½ du diamètre papillaire et pouvant disséminer dans le vitré, entraînant une hyalite voir même une endophtalmie ou une panophtalmie (12,14).

Le diagnostic de tuberculose oculaire, en l'absence de lésion accessible à l'examen anatomo-pathologique, se base sur des éléments de présomption qui sont les critères anamnestiques (notion de contagio), les lésions extra-oculaires, la positivité de l'IDR, la positivité de la recherche du génome du bacille de Koch par la méthode de polymérase chain reaction (PCR), qui malheureusement présente des faux négatifs (15).

Deux examens méritent d'être cités dans le bilan diagnostique de la tuberculose oculaire. Le premier est l'étude de l'humeur aqueuse par polymérase chain reaction qui peut aider au diagnostic de certitude d'après Gispert (13), le deuxième examen, qui reste controversé à cause de son manque de sensibilité, est le test thérapeutique par l'isoniazide à 300 mg/l pendant 2 semaines (10,16).

Il est certain que la preuve formelle de la tuberculose oculaire est la mise en évidence du bacille de Koch. Malheureusement elle est rarement positive à l'examen direct et même en culture sur milieu adéquat.

Le traitement de la tuberculose oculaire rejoint celui de la forme pulmonaire (17), soit par trithérapie (protocole rifampicine, isoniazide, pyrazinamide) pendant 9 mois, ou bien par une quadrithérapie (rifampicine, isoniazide, éthambutol, pyrazinamide) pendant 6 mois en tenant compte des résistances possibles, et des effets secondaires surtout oculaires.

Cependant, le traitement de la forme oculaire et particulièrement celui de l'uvéite doit comprendre en plus des antibacillaires un traitement corticoïde local ou général (18).

CONCLUSION

La tuberculose oculaire reste une localisation rare mais qui connaît une recrudescence actuelle, le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments anamnestiques, cliniques, biologiques et radiologique. En l'absence de lésions oculaires accessibles à un examen anatomo-pathologique, l'examen de l'humeur aqueuse par PCR peut être utile dans les cas de diagnostic difficile.

Le traitement de l'uvéite tuberculeuse est à base d'anti-bacillaires par voie générale et d'anti-inflammatoires stéroïdiens locaux. L'attention doit être attirée vers les effets secondaires de ces traitements. ■

BIBLIOGRAPHIE :

- [1] Ouazzani B, Tahrir H, Belmekki M, Berbic O, Abdellah E, Berraho A. Manifestations ophtalmologiques de la tuberculose et leur traitement. *Ophtalmologie*, 1998 ;12 :759-.
- [2] S. Samimi, M.-B. Renaud-Rougier, M.-N. Delyfer, J.-F. Korobelnik *J Fr Ophtalmol* 2009 ; 32 (6) 411-414.
- [3] Helm JG, Holland GN. Ocular Tuberculosis. *Survey of Ophthalmology*, 1993;38:2295-.
- [4] Denig R. Ueber die Häufigkeit der localtuberkulose zur Tuberkulose der ubrigen organe, nebst bemerkungen uber die Kiagnose und Prognose. *Arch Augenheilkd*, 1985;30:35993-.
- [5] Anhalt EF, Zavell S, Chang G, Byron HM. Conjunctival tuberculosis, *AJO*, 1960;50:2659-.
- [6] Charles V, Charles SX. Primary tuberculosis of conjunctiva. *J Ind Med Assoc*, 1980;74:745-.
- [7] Schlaegel TF, O'Connor GR. Tuberculosis and syphilis. *Arch Ophthalmol*, 1981;99:22067-.
- [8] Knox DL. Syphilis and tuberculosis. In Schachar AP, Murphy RB, 2th ed: *Retina*; St Louis, Mosby, 1989:16331642-.
- [9] Cangemi FE, Friedman AH, Josephberg R. Tuberculoma of the choroid. *Ophthalmology*, 1980;87:252.
- [10] Gispert RC, Larrocea GO, Garra LA. Coll Chorioretinitis Secondary to mycobacterium tuberculosis in aquired immune deficiency syndrome, *Retina*, 1997;17,5:4379-.
- [11] Biswas J, Madhavan HN, Gopal L, Badrinath SS. Intraocular tuberculosis, clinicopathologic study of five cases. *Retina*, 1995;15,6: 468-.
- [12] Tabbara KF, Hyndiuk RA. Infections of the Eye. 1th ed, Boston, Little, Brown 1986.
- [13] Schlaegel TF, Jr, Webber JC. Double-blind therapeutic trial of isoniazid in 344 patients with uveitis. *Br J Ophthalmol*, 1969;52:4257-.
- [14] Konstantin P, Miltiadis A, Petrousos G, Kalougeropoulos C, Constantinopoulos S. Antituberculosis therapy in the treatment of peripheral uveitis. *Ann Ophthalmol*, 1991;23:2548-.
- [15] Nussenblatt RB, Palestine AG. Uveitis: Fundamentals and Clinical Practices Yearbook Medical, 1th ed, Chicago, 1989.