

La Tuberculose oculaire : à propos de 3 cas

Auteurs et Affiliations:

Yassine Ennaboulsi *¹, Mehdi El Aissate¹, Hajjaji Adel², Salah Eddine El Khader¹, Mohammed Karim Moudden¹, Ali Zinebi¹

¹Service de médecine interne, hôpital militaire Moulay Ismail,50000, Meknès, Maroc

²Service d'ophtalmologie, hôpital militaire Moulay Ismail,50000, Meknès, Maroc

* Auteur correspondant : Yassine Ennaboulsi, Email : ennaboulsiyass@gmail.com

Resumé:

La tuberculose oculaire est une atteinte extra-pulmonaire rare de la tuberculose dont l'uvéite est la manifestation la plus fréquente. Le diagnostic est difficile en l'absence des manifestations générales et en dehors d'une preuve bactériologique et/ou histologique, donc il reste présomptif en se basant sur un faisceau d'arguments épidémiologiques, cliniques et paracliniques ainsi qu'un traitement anti-bacillaire d'épreuve.

Le traitement et la durée ne font l'objet d'aucun consensus, un traitement par les anti-bacillaires pendant plus de 9 mois associé à une corticothérapie par voie générale auraient un taux de rechute inférieur aux patients traités moins longtemps.

Nous rapportons 03 cas de tuberculose oculaire dont le diagnostic était basé sur un faisceau d'arguments épidémiologiques, cliniques et paracliniques ainsi que l'efficacité du traitement anti-bacillaires plus ou moins associé à la corticothérapie par voie générale.

Mots-clés:

Uvéite, Quantiferon-TB Gold, corticothérapie, Anti-bacillaires.

Article:

Introduction

La tuberculose fait encore des ravages au Maroc. Les localisations extra-pulmonaires représentent 35 % de l'ensemble des atteintes, dont 1 à 2 % sont des atteintes oculaires. 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 sont parmi les raisons de la recrudescence de cette maladie.

Le diagnostic Positif reste difficile en l'absence des manifestations générales et des lésions accessibles à une étude bactériologique et histologique, d'où l'intérêt d'y penser devant toute uvéite surtout granulomateuse.

Cas clinique N°1

Un patient de 41 ans, ayant comme antécédent un rhumatisme articulaire aigu. Il était hospitalisé pour exploration d'une uvéite postérieure granulomateuse gauche avec vascularite rétinienne type phlébite (figure.1). L'examen clinique était normal. Le bilan biologique ne montrait pas d'anomalies en particulier la recherche de BK dans les crachats et le dosage de l'ECA. L'imagerie thoracique était sans anomalie. Les sérologies virales, bactériennes et parasitaires étaient négatives. Le dosage plasmatique de l'interféron γ (IFN γ) par Quantiferon-TB Gold était positif. Le patient était mis sous traitement anti-bacillaire associé à une corticothérapie par voie générale et l'évolution était favorable.

Cas clinique N°2

Une patiente de 55 ans, ayant comme antécédent une infection par sars cov 2 et un strabisme avec diplopie horizontale traitée par corticothérapie prolongée. Elle était adressée pour exploration d'une uvéite intermédiaire non granulomateuse découverte lors d'un examen ophtalmologique suite à une baisse d'acuité visuelle. L'examen clinique était sans particularité et le bilan biologique montrait un léger syndrome inflammatoire. La BGSA est revenue normale et les sérologies virales, bactériennes et parasitaires étaient négatives. Le dosage plasmatique de l'interféron γ (IFN γ) par Quantiferon-TB Gold était fortement positif. La patiente était mise sous traitement anti-bacillaire avec une bonne tolérance et bonne évolution sur le plan ophtalmologique.

Cas clinique N°3

Une patiente de 56 ans, sans antécédent particulier, était hospitalisée pour prise en charge d'une uvéite antérieure non granulomateuse synéchiante unilatérale de l'œil gauche découverte suite à une rougeur oculaire avec baisse de l'acuité visuelle (figure.2). L'examen clinique était normal en dehors de la rougeur oculaire. Le bilan biologique standard ne montrait pas d'anomalie y compris le bilan phosphocalcique sanguin et urinaire de même que les sérologies virales, bactériennes et parasitaires qui étaient négatives. L'imagerie était normale. Le dosage du quantifieron était positif. La patiente était mise sous traitement anti-bacillaire avec corticothérapie par voie générale.

Discussion

L'atteinte oculaire résulte le plus souvent de deux mécanismes physiopathologiques différents : soit d'une infection intraoculaire par les mycobactéries (dissémination hématogène d'une tuberculose maladie réalisant des métastases bactériennes), soit d'une réaction hypersensibilité de type IV (réactivation au cours d'une tuberculose latente).

Tous les tissus oculaires peuvent être touchés mais l'atteinte uvéale serait la plus fréquente dominée par l'uvéite postérieure (42 %), suivie par l'uvéite antérieure (36 %), la panuvéite (11 %) et l'uvéite intermédiaire (11 %) [1] ce qui explique le polymorphisme clinique.

En dehors d'une preuve bactériologique et/ou histologique, le diagnostic de la tuberculose oculaire est présomptif en se basant sur un faisceau d'arguments épidémiologiques, cliniques et paracliniques évoquant la tuberculose, le dosage plasmatique de l'interféron γ (IFN γ) par le test immunologique Quantiferon-TB Gold qui est un outil précieux dans le diagnostic des tuberculoses oculaires primitives [2] ainsi que l'efficacité du traitement anti-bacillaire qui constitue un argument supplémentaire à posteriori en faveur de ce diagnostic.

Le traitement de la tuberculose oculaire ne fait l'objet d'aucun consensus [3]. La majorité des équipes optent pour la quadrithérapie pendant une durée de 2 mois suivie par une bithérapie. La durée totale du traitement varie entre 6 mois et 17 mois [4], les patients ayant une uvéite tuberculeuse traités pendant plus de 9 mois auraient un taux de rechute inférieur aux patients traités moins longtemps [5]. L'adjonction d'une corticothérapie par voie générale peut être intéressante en cas d'inflammation oculaire persistante ou de l'existence d'une vascularite rétinienne associée.

Conclusion

La tuberculose oculaire reste une entité rare avec une présentation clinique variable. Le diagnostic est difficile mais peut être évoqué sur un faisceau d'arguments épidémiologiques, cliniques et paracliniques ainsi que l'efficacité du traitement anti-bacillaires plus ou moins associé à la corticothérapie par voie générale.

Figures:

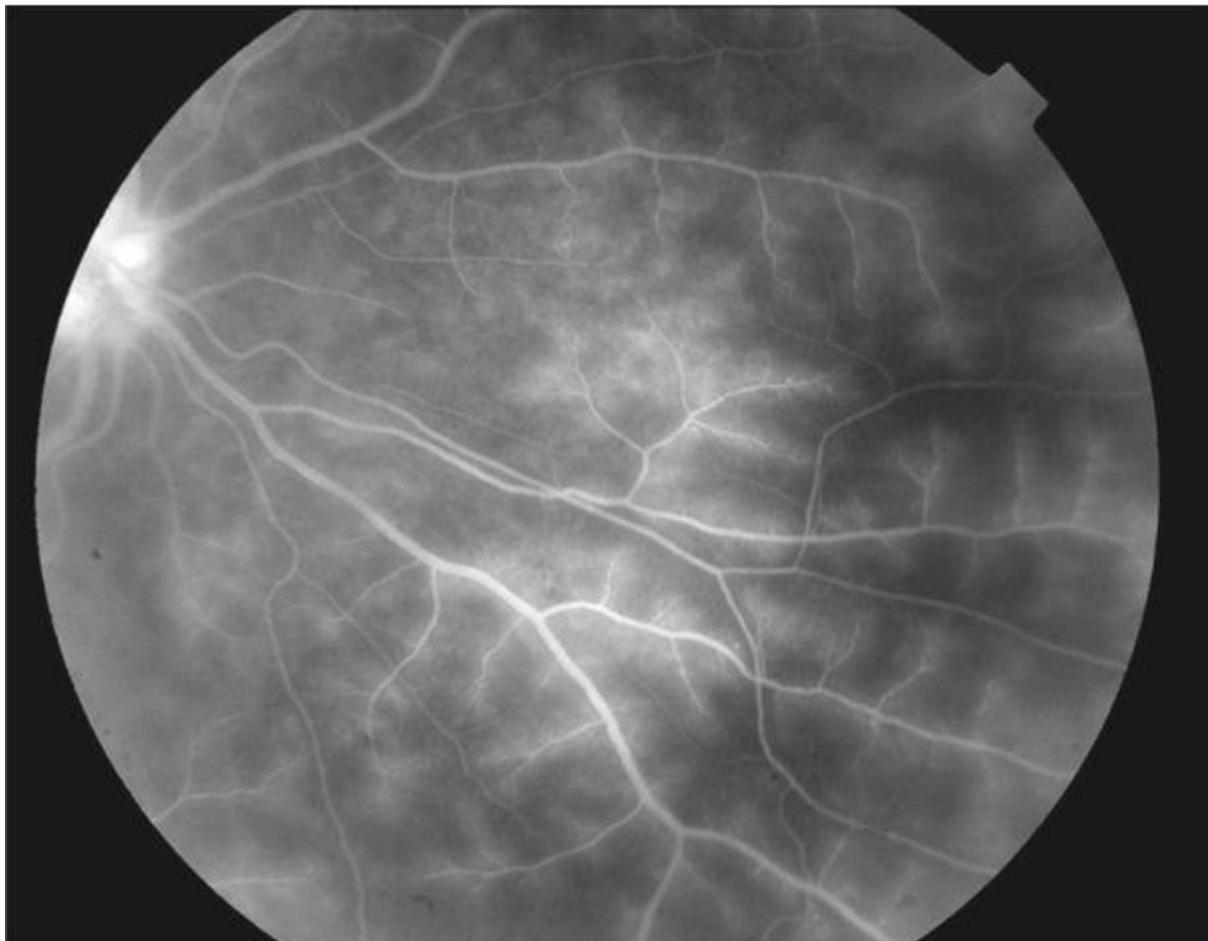


Figure.1 : Angiographie à la fluorescéine montrant une vascularite rétinienne type phlébite.

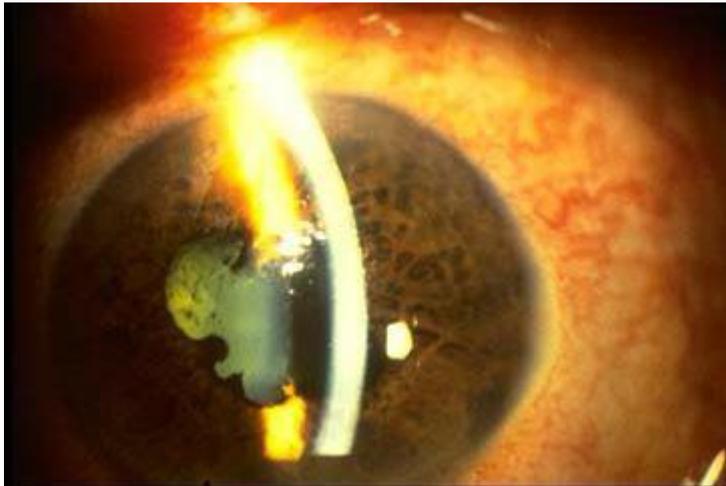


Figure.2 : Lampe à fente montrant une uvéite antérieure avec des synéchies irido-cristalliniennes.

Références:

1. Cutrufello N.J., Karakousis P.C., Fishler J., Albin T.A.: Intraocular tuberculosis. *Ocul Immunol Inflamm* 2010; 18: pp. 281-291
2. Itty S., Bakri S.J., Pulido J.S., Herman D.C., Faia L.J., Tufty G.T., et. al.: Initial results of QuantiFERON-TB-Gold testing in patients with uveitis. *Eye* 2009; 23: pp. 904-909.
3. Lou S.M., Larkin K.L., Winthrop K., Rosenbaum J.T.: Uveitis Specialists Lack of consensus in the diagnosis and treatment for ocular tuberculosis among uveitis specialists Study Group[. *Ocul Immunol Inflamm* 2015; 23: pp. 25-31.
4. Kee A.R., Gonzalez-Lopez J.J., Al-Hity A., Gupta B., Lee C.S., Gunasekeran D.V., et. al.: Antitubercular therapy for intraocular tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Surv Ophthalmol* 2016; 61: pp. 628-653.
5. Ang M., Hedayatfar A., Wong W., Chee S.P.: Duration of anti-tubercular therapy in uveitis associated with latent tuberculosis: a case-control study. *Br J Ophthalmol* 2012; 96: pp. 332-336.