

Uvéite antérieure tuberculeuse chez un enfant au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako

Tuberculous anterior uveitis in a child at the Reference Health Center of Commune V of Bamako District

Diarra M¹, Traore M², Sacko D², Toloba Y³, Dao S^{4,5}, Oumar AA⁵, Diakité AA⁶, Dicko F⁶.

¹Centre de Sante de Référence Commune V de Bamako, unité d'ophtalmologie

²Centre de Sante de Référence Commune V de Bamako, unité de pédiatrie

³CHU du point G, service de pneumo-phtisiologie

⁴CHU du Point G, service d'infectiologie

⁵HIV/TB Research and Training Center USTTB Point G, Bamako

⁶CHU Gabriel Touré, service de Pédiatrie

Auteur correspondant : Dr Mamadou Traore, Pédiatre, Centre de Sante de Référence de la Commune V du District de Bamako. Email : madoutrissa@yahoo.fr

Résumé

Introduction : La sphère oculaire est une localisation rare de la tuberculose. Nous rapportons un cas de cette infection à localisation oculaire chez une jeune fille malienne. Décrire les lésions oculaires au cours d'une infection tuberculeuse. **Observation :** Il s'agit d'une étude de cas clinique descriptive concernant une fillette de 13 ans, reçue en consultation dans notre service pour rougeur et baisse de l'acuité à l'œil droit évoluant progressivement depuis quelques mois. Malgré les multiples consultations et traitements reçus, les symptômes persistaient et s'aggravaient insidieusement. Dans ses antécédents, nous n'avons pas trouvé de notion de traumatisme oculaire, ni de contagio tuberculeux. L'examen ophtalmologique révèle une uvéite antérieure granulomateuse avec baisse importante de l'acuité visuelle. L'examen des crachats est négatif, en revanche, l'IDR à la tuberculine est phlycténulaire avec un diamètre d'induration > 35mm. Le traitement anti tuberculeux selon le protocole du Programme Nationale de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a permis une amélioration clinique et fonctionnelle rapide, puis la guérison de la patiente. **Conclusion :** Le diagnostic de la tuberculose oculaire est difficile dans les pays en voie de développement. Il nécessite la mise à disposition de nouveaux outils diagnostics et une collaboration multidisciplinaire.

Mots clés : tuberculose, uvéite antérieure, enfant

Abstract

Introduction: The ocular sphere is a rare localization of tuberculosis. We report a case of this ocular location infection in a Malian girl. Describe the ocular lesions during a tuberculous infection. **Observation:** This is a descriptive clinical case study concerning a 13 year old girl is received in consultation in our department for redness and lowering of acuity in the right eye gradually evolving since a few months. Despite the many consultations and treatments received, the symptoms persisted and worsened insidiously. In his antecedents, we did not find any notion of ocular trauma, or of tuberculous contortion. Ophthalmological examination reveals anterior uveitis granulomatosis with significant decrease in visual acuity. The examination of the sputum is negative; on the other hand, the tuberculin IDR is phlyctenular with an induration diameter > 35mm. The anti-tuberculosis treatment according to the protocol of the National Tuberculosis Program allowed a rapid clinical and functional improvement, then the healing of the patient. **Conclusion:** Diagnosis of ocular tuberculosis is difficult in developing countries. It requires the provision of new diagnostic tools and a multidisciplinary collaboration.

Key words: tuberculosis, anterior uveitis, child

Introduction

La sphère oculaire est une localisation très rare de la tuberculose. La trame uvéale et /ou d'autres tissus (annexes, cornée, rétine, papille) peuvent être le siège de lésions tuberculeuses rentrant dans le cadre de la tuberculose extra pulmonaire [1]. Les atteintes oculaires [2] par le bacille de Koch (BK) s'expliquent soit par :

diffusion hémotogène à partir d'un site endogène (poumon par exemple) ; le phénomène immunologique à travers une hypersensibilité secondaire aux antigènes bacillaires. Si le diagnostic de la tuberculose pulmonaire commune est facile, celui de l'atteinte oculaire reste ardu, car la mise en évidence du bacille tuberculeux dans les

secrétions oculaires est incertaine [3], y égard le plateau technique insuffisant dans les pays en voies de développement comme le mali. A cela s'ajoute l'absence de prélèvements tissulaires disponibles pour le diagnostic histologique en dehors des yeux éviscérés. Certaines lésions oculaires doivent faire suspecter la tuberculose et orienter les investigations. Le traitement est basé sur l'administration des antituberculeux, dont certains se sont révélés impuissants face à la multi-résistance bacillaire [4]. Nous rapportons un cas de tuberculose à localisation oculaire chez une jeune fille noire africaine, de nationalité malienne.

Observation :

Il s'agit d'une observation d'un cas clinique d'une localisation relativement rare de la tuberculose chez une fille de 13 ans reçue en consultation en décembre 2014. Le consentement éclairé de ses parents a été obtenu pour l'étude, ainsi que l'assentiment de la jeune fille. La jeune fille de 13 ans est reçue en consultation dans notre service en décembre 2014 pour une rougeur et une baisse de l'acuité visuelle à l'œil droit évoluant depuis quelques mois. Une série de consultations et de traitements non spécifiques préalables effectués dans différentes structures de santé n'a abouti à aucune amélioration notable. L'interrogatoire ne retrouve pas d'antécédents particuliers, pas de notion de traumatisme oculaire, ni de contagé tuberculeux. Les parents rapportent une anorexie et une stagnation pondérale. Ils signalent aussi une notion de fièvre vespérale intermittente cédant souvent aux différents traitements non spécifiques. L'examen physique général extra-oculaire, en particulier articulaire est normal. Le rapport poids/taille, supérieur à -2 z-score, ne révèle pas une insuffisance pondérale, même si les parents signalent un amaigrissement relatif depuis quelques mois. L'examen ophtalmologique de l'œil droit, retrouve une baisse de l'acuité visuelle réduite à compter les doigts à 3 mètres, une hyperhémie conjonctivale diffuse, un œdème cornéen gênant le reste de l'examen (Photo 1). Cependant un Tyndall cellulaire et des précipités retro cornéens et iriens granulomateux en grasse de mouton sont retrouvés. La pupille est ronde en myosis. La paupière droite est le siège d'un colobome (Photo 2). L'atteinte oculaire réalise ainsi une uvéite antérieure granulomateuse d'évolution

chronique. Les étiologies d'une telle atteinte oculaire à type d'uvéite sont diverses, entre autres la tuberculose, la sarcoïdose, l'arthrite chronique juvénile... Pour la recherche étiologique, deux prélèvements sanguins dans deux laboratoires d'analyses médicales différents révèlent sur la numération formule sanguine, une lymphocytose supérieure $5000/\text{mm}^3$ et une VS à 80mm à la 1^{ère} mn. L'examen des crachats est négatif, par contre, l'intra dermo réaction à la tuberculine (IDR) donne une réaction phlycténulaire, avec un diamètre d'induration à 35 mm (Photo3). L'examen du liquide de ponction de la chambre antérieure de l'œil droit ne retrouve pas de bacille de koch, mais de nombreux lymphocytes. Le bilan général d'extension de la maladie a comporté une radiographie thoracique de face et une échographie abdominale qui sont revenues normales. L'échographie du segment postérieur de l'œil droit en mode B est normale. La sérologie VIH est négative. La jeune fille est mise sous traitement anti tuberculeux en début février 2015. Le traitement est conduit selon le protocole adopté par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose PNLT (2HRZE+4RH), avec un contrôle régulier ophtalmologique. Au début du traitement, un contrôle était effectué toutes les semaines, puis tous les 15 jours après un mois de traitement. Le traitement anti inflammatoire est commencé un mois après les antituberculeux. Il a été à base de l'association néomycine dexaméthazone (une goutte 4 fois par jour) et de dexaméthazone pommade (en application locale le soir au coucher). Le traitement mydriatique a été mis en route en même temps que les antituberculeux et continué jusqu'à l'arrêt de ceux-ci.

Evolution : Deux mois après le début du traitement, la prise de poids était notable, l'acuité visuelle est remontée à 5/10. La résolution de l'œdème de la cornée (Photo 4) et du Tyndall cellulaire de la chambre antérieure a permis de voir le fond d'œil, au verre à trois miroirs (malgré une dystrophie cornéenne nasale inférieure). Il s'est révélé normal dans son ensemble. L'atténuation des signes d'atteintes oculaires coïncident avec l'amélioration de l'état général : disparition progressive de l'anorexie, absence de fièvre vespérale et reprise du poids. Le diagnostic d'uvéite antérieure tuberculeuse sans atteinte postérieure est retenu. Les arguments en sa

faveur sont (photo 5): Uvéite granulomateuse ; Lymphocytose sanguine ; IDR phlycténulaire à 35 mm ; Amélioration fonctionnelle sous traitement antituberculeux et prise de poids conséquente ; Disparition du Tyndall, des granulomes, de l'œdème de la cornée et amélioration de l'état général sous traitement anti tuberculeux.

Discussion

La tuberculose reste un problème de santé publique surtout dans les pays en voie de développement [5]. La forme pulmonaire est la source de contagion et de perpétuation de la maladie [6]. Les formes extra pulmonaires sont moins contagieuses et moins fréquentes [7] comme cette atteinte oculaire de notre observation. Cependant, ces formes extra pulmonaires sont de plus en plus signalées avec l'avènement du VIH/SIDA [8, 9,10]. Notre jeune fille qui avait une sérologie rétrovirale négative, était âgée de 13 ans et avait consulté pour rougeur et baisse de l'acuité visuelle ceci concorde avec l'étude Tunisienne où l'âge moyen des patients était de 11,6 ans avec des extrêmes de 5 et 14ans. Le motif de consultation était une baisse de l'acuité visuelle dans 82,4 %, une rougeur oculaire dans 77,6 % et des myodésopsies dans 20,5 % [11]. Les uvéites antérieures de l'enfant regroupent essentiellement comme étiologie l'arthrite chronique juvénile la sarcoïdose et la tuberculose qui reste encore à l'état endémique dans les pays du Maghreb [12]. Dans la plus grande série nord-américaine publiée à ce jour, portant sur 577 uvéites pédiatriques, les uvéites les plus fréquentes étaient les uvéites idiopathiques (28,8 %), suivies des uvéites associées à l'arthrite juvénile idiopathique (20,9 %) puis des parsplanites (17,1 %) [13]. La tuberculose est rarement citée au cours des études américaines et européennes, elle est en revanche signalée dans les études magrébines. En zone d'endémie tuberculeuse, la tuberculose fait partie des étiologies à évoquer devant une uvéite antérieure d'évolution chronique.

Conclusion

Le diagnostic de la tuberculose oculaire est difficile, dans les pays en voie de développement. Il repose essentiellement sur des arguments cliniques biologiques et radiologiques, qui sont peu fiables et pas toujours aisés à réunir. Il nécessite ainsi la mise à disposition de nouveaux outils diagnostics et une collaboration

multidisciplinaire. Cette collaboration est souvent nécessaire afin d'avoir une convergence de vue, tant sur le plan diagnostic que thérapeutique.

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- 1- Stelianides S, Belmatoug N, Fantin B. Manifestations et diagnostic de la tuberculose extrapulmonaire. *Rev Mal Respir* 1997;14:5S72—87S.
- 2- Toloba Y, , Diallo S, , Maïga Y, , Sissoko B.F., Keïta B.. Milière tuberculeuse au Mali pendant la décennie 2000—2009. *Rev Pneumol Clin* 2012 ; 68 :17-22.
- 3- Cain KP, McCarthy KD, Heilig CM, Monkongdee P, TasaneeyapanT, Kanara N, et al. An algorithm for tuberculosis screening and diagnosis in people with HIV. *N Engl J Med* 2010;362:707—16.
- 4- Horo K, Aka-Danguy É., Kouassi Boko A., N'gom A.S., Gode C.V, Ahui Brou J.M, Motuom A.F., Yacouba T., Konate-Kone F., Tcharman M.T., Koffi N.. Tuberculose multirésistante : à propos de 81 patients suivis dans un service de pneumologie en Côte d'Ivoire. *Rev Pneumol Clin* 2011 ; 67 : 82- 88.
- 5- Fraise P. Tuberculose. *Rev Mal Respir* 2012 ; 4 : 88-98.
- 6- Chevalier B, Margery J, Sane M, Camara P, Lefebvre N, Gueye M and all. Epidémiologie de la résistance de *Mycobacterium tuberculosis* aux antituberculeux à l'hôpital principal de Dakar. Etude rétrospective sur quatre ans (2000-2003). *Rev Pneumol Clin* 2010 ; 66 : 266-271.
- 7- OMS. Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH. Genève 2004, (WHO/HTM/TB 2004. 330 ; WHO/HTM/VIH/2004.1).
- 8- Daix T, Domoua K, Bakayoko A, Bangoura A, Assagou A, Tiémélé E, Coulibaly G, Yapi A. Récidive tuberculeuse chez le patient VIH-Positifs traités par les antirétroviraux : influence du nombre de TCD4 sur les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs. *Rev Pneumol Trop* 2008 ; 10 : 25-28.
- 9- Kofli N, Gnionsiahé AD, Atchapo JMS, Nibaud A. La tuberculose chez les hémodialysés chroniques: A propos de cinq observations colligées en milieu africain à Abidjan. *Med Afr Noire*, 2006 ; 53 : 21-26.
- 10- Houben RM, Crampin AC, Ndhlovu R, Sonnenberg P, Godfrey-Faussett, and all. Human immunodeficiency virus associated tuberculosis more often due to recent infection

than reactivation of latent infection. In J tberc Lung Dis 2011; 15:24-3.

11- Laghmari M., Karim A., Guedira K., Ibrahimy W., ahreddine M. D, Essakalli N.H., Z. Les uvéites de l'enfant À propos de 20 cas, Journal Français d'Ophtalmologie Vol 26, N° 6 –juin2003

12- Chebil A. , Chaabani L. , Kort F. , Ben Youssef N. , Turki F. , Matri L. EL Étude

épidémiologique des uvéites de l'enfant : à propos de 49 cas Journal Français d'Ophtalmologie Volume 35, n° 1 pages 30-34 (janvier 2012)

13- Smith J.A., Mackensen F., Sen H.N., Leigh J.F., Watkins A.S., Pyatetsky D., and al. Epidemiology and course of disease in childhood uveitis Ophthalmology 2009 ; 116 : 1544-1551



Photos 1 : Hyperhémie conjonctivale diffuse, œdème cornéen, tyndall cellulaire.

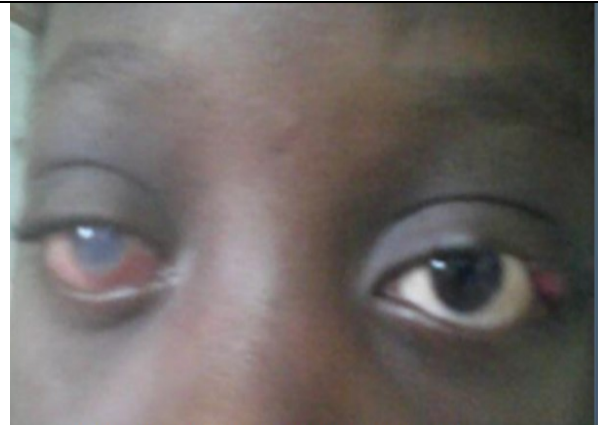


Photo 2 : Colobome palpébrale supérieur gauche



Photo 3 : IDR à la tuberculine phlycténulaire à 35mm de diamètre



Photo 4 : Dystrophie cornéenne nasale inférieure séquellaire



Image 1

Image 2

Photo N°5: Notez la différence avant le traitement anti tuberculeux (image 1) et après le traitement (image 2)