



Poster N°: 1014

Tuberculose oculaire : case report

J. KOOLI¹, S.TOUATI²,
A. Miladi³, R. Bahri³, A.
Boughzala⁴

1 : Service des Soins
Hôpital Régional Ksar
Hella; 2 : Service
Consultation externe
Hôpital Régional Ksar
Hellal ; 3 : Département
de Médecine
Communautaire Faculté
de Médecine Monastir ;
4 : Service Pharmacie
Hôpital Régional Ksar
Hellal



Global Events
& Training Solutions
www.ipgets.tn

Introduction :

Le tableau clinique de la tuberculose oculaire est polymorphe. Il s'agit d'une atteinte grave avec risque d'altération de la fonction visuelle. Le pronostic fonctionnel, en l'absence d'un traitement adéquat et précoce, peut être engagé.

Matériel et méthode :

Nous rapportons une observation de vascularite rétinienne d'origine tuberculeuse et discutons les difficultés diagnostiques rencontrées au cours de cette pathologie.

Résultat :

Il s'agit d'un homme âgé de 45 ans sans antécédent pathologiques notables, qui nous consulte pour une baisse brutale et spontanée de la vision évoluant depuis 1 mois. Le diagnostic d'uvéite postérieure avec une vascularite était retenu. L'examen clinique était sans anomalies notables ainsi que le bilan inflammatoire demandé initialement. La radiographie thoracique a montré des opacités réticulo-micronodulaires bilatérales.

l'IDR à la tuberculine était phlycténulaire.

Le diagnostic de tuberculose oculaire était retenu et le traitement anti-tuberculeux était instauré.

Discussion:

La tuberculose est une affection bactérienne due au *Mycobacterium tuberculosis*. Elle est devenue curable depuis la découverte des antibacillaires et l'instauration obligatoire de la vaccination. Cependant, on assiste ces dernières années à une recrudescence due à la survenue du syndrome d'immunodéficience acquise (sida).

Deux mécanismes peuvent l'expliquer : mécanisme direct par action directe du bacille tuberculeux (bacille de Koch ou BK) ou mécanisme indirect par réaction d'hypersensibilité vis-à-vis des antigènes du BK. La tuberculose oculaire est rare. Elle se voit surtout dans les formes miliaires, exceptionnellement dans le cadre d'une primo-infection et ceci malgré sa recrudescence avec le SIDA.

L'absence d'atteinte pulmonaire n'exclut pas le diagnostic car elle est le plus souvent secondaire à une réaction immunologique sans présence de l'agent infectieux au sein des structures oculaires.

Toutes les structures de l'œil peuvent être atteintes à des fréquences variables. L'atteinte peut être uni ou bilatérale.

L'atteinte de l'uvée est la manifestation la plus fréquente. L'uvéite peut être antérieure et classiquement granulomateuse, synéchiante, récidivante. L'atteinte du segment postérieure est plus grave et plus sévère.

Ce polymorphisme clinique rend son diagnostic difficile d'où le retard de la prise en charge. Ce diagnostic est difficile en l'absence de manifestations générales. Il faudra alors en cas de suspicion rechercher une atteinte pulmonaire associée, à la radio ou au scanner thoracique, à type d'adénopathies médiastinales qui peuvent être calcifiées, et des anomalies parenchymateuses, notamment au niveau des lobes supérieurs

L'efficacité du traitement antituberculeux en cas de tuberculose oculaire présumée constitue un argument supplémentaire à posteriori en faveur de ce diagnostic.

Le traitement est un traitement antibacillaire associé au traitement de l'hypersensibilité oculaire par une corticothérapie topique en présence d'une uvéite antérieure. La corticothérapie systémique est controversée et mal codifiée. Elle est indiquée en association au traitement antituberculeux dans les vascularites rétinienne et les choroidites.

CONCLUSION :

L'atteinte oculaire de la tuberculose n'est pas rare et peut être révélatrice de cette affection qui sévit encore à l'état d'endémie dans les pays en voie de développement et en pleine recrudescence dans les pays développés. Le traitement antituberculeux permet d'obtenir une amélioration rapide des lésions en cas de diagnostic précoce.

Bibliographie

- [1] MacNeil A, Glaziou P, Sismanidis C et al. Global epidemiology of tuberculosis and progress toward achieving global targets - 2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2019;68(11):263-6.
- [2] Trad S, Saadoun D, Errera MH et al. Ocular tuberculosis. *Rev Med Interne.* 2018;39(9):755-64.
- [3] Massy R, Herbert CP. Contribution of dual fluorescein and indocyanine green angiography to the appraisal of presumed tuberculous chorioretinitis in a non-endemic area. *J Ophthalmic Vis Res.* 2017;12(1):30-8.
- [4] Testi I, Agrawal R, Mahajan S et al. Tubercular uveitis: nuggets from collaborative ocular tuberculosis study (COTS)-1. *Ocul Immunol Inflamm.* 2019;25:1-9.