

LES UVEITES : PROFILS EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE AU CHU COCODY (ABIDJAN - COTE D'IVOIRE)

K.V. KOFFI, F.X. KOUASSI, A.C. KOUASSI, H. EFFI, K. SAFEDE, C.T. KEITA *

RESUME

Nous avons réalisé au CHU de Cocody à Abidjan (Côte d'Ivoire), une étude prospective qui s'étend sur 20 mois (novembre 96 à juillet 98). Elle avait pour objectifs d'apprécier les profils clinique et épidémiologique des uvéites et d'évaluer les résultats de la prise en charge.

95 cas d'uvéite ont été répertoriés sur 21673 consultants dans la même période. 68,42 % des patients étaient âgés de 21 à 40 ans. Les enfants et les adolescents représentaient 8,42 % de notre échantillonnage.

Nous avons trouvé un sex-ratio de 1,11 en faveur du sexe masculin et une prédominance des uvéites antérieures isolées (36,84 %). Dans 57,89 % des cas, nous n'avons pas pu préciser l'étiologie de l'uvéite. Sur le plan fonctionnel, 69,74% des patients avaient une meilleure acuité visuelle après traitement, supérieure ou égale à 7/10.

Aussi, le manque d'information des populations et le plateau technique réduit constituent-ils des facteurs freinant la meilleure prise en charge des patients atteints d'uvéite dans notre pratique.

Mots clés : Uvéite, acuité visuelle, tonus oculaire, étiologie, anti-inflammatoire.

ABSTRACT

Uveitis : epidemiological, clinical and therapeutic profiles in CHU of Cocody (Abidjan - Ivory Coast)

We undertook a prospect study over 20 months (November 96 to July 98) in CHU of Cocody, Abidjan, Ivory Coast. The purpose of the study is to assess the clinical and epidemiological profiles of uveitis and evaluate the results of the care. 95 cases of uveitis were recorded out of 21.673 consultants over the same period. 68,42 % of the patients were 21 to 40 years old.

The children and teenagers represented 8,42 % of our samples. We found a sex ratio of 1.11 and a predominance of isolated anterior uveitis (36,84 %). In 57,89 % cases, we could not define the etiology of the uveitis. At the functional level, 69,74 % of patients had a better visual acuteness after treatment higher or equal to 7/10. Consequently, the lack of information for the population and the limited technical equipment are factors that inhibit a better care for the patients having uveitis.

Key words : Uveitis, visual acuteness, ocular tonus, etiology, anti-inflammatory.

INTRODUCTION

L'inflammation de l'uvée, tunique moyenne de l'œil réalise des tableaux divers et peut mettre en jeu le pronostic visuel. Si le diagnostic positif d'uvéite est aisé, le diagnostic étiologique nécessite souvent de nombreuses et coûteuses investigations qui n'apportent pas la certitude étiologique et le traitement peut s'étendre sur de longues durées requérant une coopération et une prise en charge particulières des patients atteints d'uvéites.

L'objectif de notre étude est d'analyser la prise en charge des patients atteints d'uvéites dans les structures hospitalières de nos régions où les réalités économiques et sociales représentent des facteurs importants à prendre en compte dans la gestion de ces affections aux complications fréquentes pourvoyeuses de malvoyance et de cécité.

MATERIEL ET METHODE

Notre étude a été réalisée au centre hospitalier universitaire de Cocody à Abidjan. Elle s'étale sur une période de 20 mois, de novembre 1996 à juillet 1998. Elle a permis de répertorier 95 cas d'uvéite sur 21673 consultants.

* Service d'ophtalmologie - CHU de Cocody - B.P. V 13 Abidjan (Côte d'Ivoire).

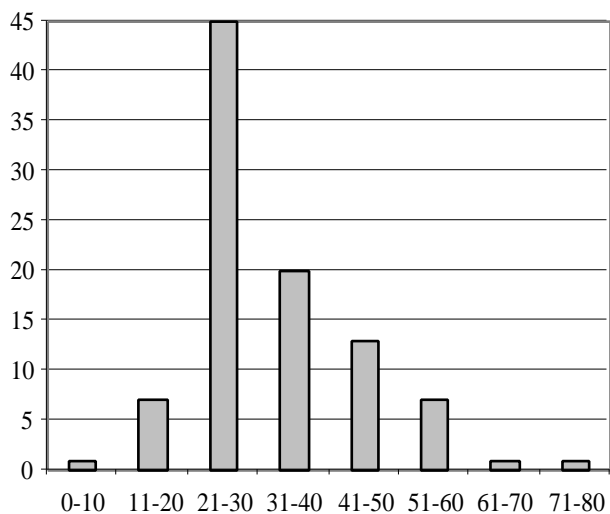
RESULTATS

Répartition selon l'âge

Tableau I

Age	Effectif	%
0-10	1	1,05
11-20	7	7,37
21-30	45	47,37
31-40	20	21,05
41-50	13	13,69
51-60	7	7,37
61-70	1	1,05
71-80	1	1,05
Total	95	100

Graphique I



L'uvéite est plus fréquente chez les sujets de 21 à 40 ans qui représentent 68,42 % des cas avec un pic de près de 50 % pour les patients âgés de 21 à 30 ans. Les enfants et les adolescents constituent 8,42 % des consultants. Dans l'étude de NIESSAN F. à Paris, des uvéites sont retrouvées chez des enfants de 0 à 15 ans. L'absence de cette tranche d'âge dans notre étude est certainement liée au mode de

recrutement. En effet, il n'existe, par exemple, pas d'examen systématique des enfants atteints d'arthrite chronique juvénile ou d'autres affections dans lesquelles des uvéites peuvent constituer des signes cliniques ou des complications. L'âge moyen dans notre étude est de 32 ans.

Répartition selon le sexe

Tableau 2

Sexe	Effectif	%
Féminin	45	47,37
Masculin	50	52,63
Total	95	100

La différence entre les 2 sexes n'est pas statistiquement significative. Le sex-ratio est de 1,11.

Motifs de consultation

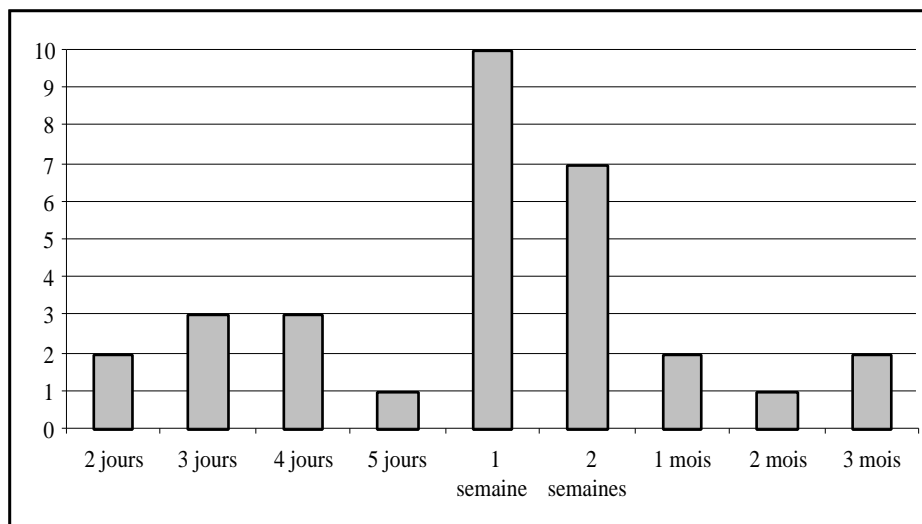
Tableau 3

Motifs de consultation	Nb de cas	%
Larmoiement	6	4,17
Photophobie	5	3,47
Douleur péri-orbitaire	22	15,28
Rougeur oculaire	19	13,19
Baisse de l'acuité visuelle	55	38,19
Céphalées	4	2,78
Flou visuel	15	10,42
Prurit	8	5,56
Antécédent d'uvéite	7	4,86
Autres	3	2,08

Le motif de consultation le plus fréquent est la baisse d'acuité visuelle retrouvée chez 55 patients. Suivent la douleur péri-orbitaire, la rougeur oculaire et le flou visuel représentant chacun 10 à 15 % des cas. Les autres signes fonctionnels sont signalés dans des proportions plus faibles de 2 à 5 % des cas.

Répartition des patients selon le délai de consultation**Tableau 4**

Délai de consultation	Nb de patients	%
2 jours	2	2,11
3 jours	3	3,16
4 jours	3	3,16
5 jours	1	1,05
1 semaine	10	10,53
2 semaines	7	7,36
1 mois	2	2,11
2 mois	1	1,05
3 mois	2	2,11
Indéterminé	64	67

Graphique 2

Plus de 70% des patients consultent une semaine après le début des signes cliniques.

ce fait, la relation entre la pathologie actuelle et les affections antérieures est difficilement établie.

Répartition selon les antécédents**Tableau 5**

Antécédents	Nb de cas	%
Allergie	2	2
Rhumatologie	0	0
Herpès	1	1
Piqûre d'insecte	0	0
Dermatologie	1	1
Neurologie	0	0
Toxoplasmose	0	0
Zona	2	2
VIH	0	0
Aptose buccale	1	1
Aptose génitale	1	1
Pulmonaire	1	1
Varicelle	2	2
Autres	12	12
Pas d'antécédents	76	76

On ne note pas d'antécédents dans 76 % des cas. Les antécédents sont difficilement retrouvés car les patients ne savent pas toujours la traduction clinique des signes et de

Fréquence des signes cliniques**Tableau 6**

Signes cliniques	Nb de cas	%
Précipités rétro-descémétiques	53	55,78
Cercle périkératique	18	18,94
Tyndall	67	73,62
Réflexe photomoteur émoussé	4	4,21
Réflexe photomoteur absent	6	6,31
Synéchies	12	12,63
Hyalite	38	40
Snow banks	1	1,05
Œuf de fourmi	1	1,05
Vascularite	4	4,2
Choriorétinite	28	29,47
Remaniement vitréen	21	22,1
Œdème maculaire	1	1,05
Œdème rétinien	3	3,15
Rétinite à cytomégalovirus	2	2,1
Pôle postérieur inaccessible	6	6,31

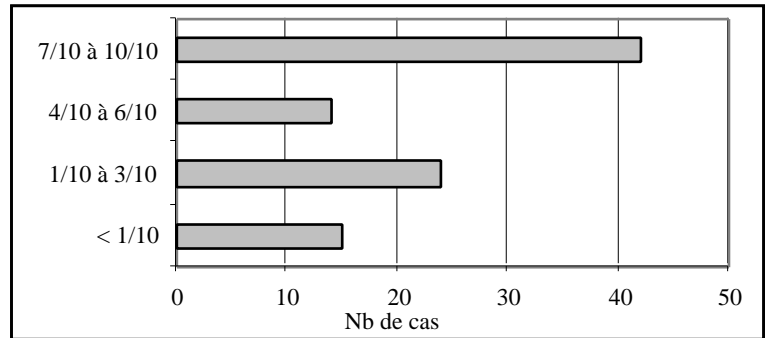
Le tyndall et la hyalite sont les signes les plus fréquemment retrouvés à l'examen clinique.

Répartition selon l'acuité visuelle avant le traitement

Tableau 7

Acuité visuelle	Nb de cas	%
< 1/10	15	15,79
1/10 à 3/10	24	25,26
4/10 à 6/10	14	14,74
7/10 à 10/10	42	44,21
Total	95	100

Graphique 3

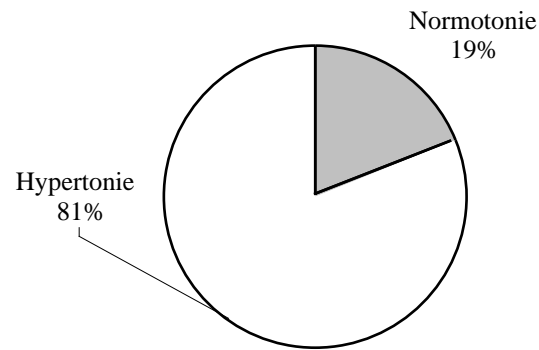


Répartition en fonction du tonus oculaire

Tableau 8

Tonus oculaire	Nb de cas	%
Hypotonie	2	8,7
Normotonie	4	17,39
Hypertonie	17	73,91
Total	23	100

Graphique 4



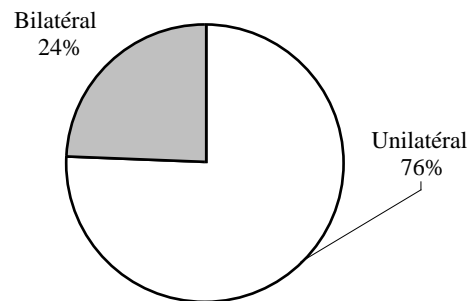
L'hypertonie oculaire est très fréquente, présente dans 73,91 % des cas.

Répartition en fonction du siège

Tableau 9

Siège	Nb de cas	%
Unilatéral	72	75,79
Bilatéral	23	24,21
Total	95	100

Graphique 5

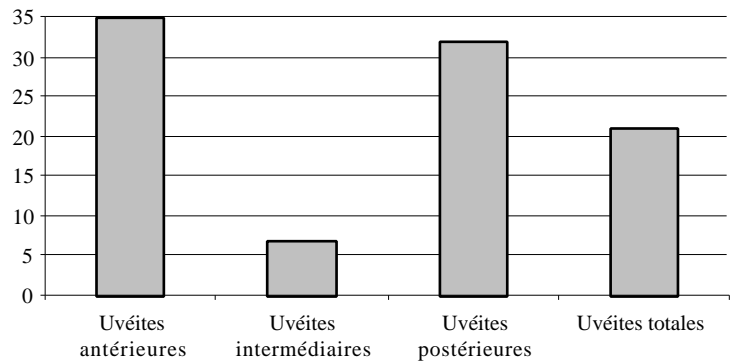


Répartition en fonction du type d'uvéite

Tableau 10

Type d'uvéite	Nb de cas	%
Uvéites antérieures	35	36,84
Uvéites intermédiaires	7	7,37
Uvéites postérieures	32	33,68
Uvéites totales	21	22,11
Total	95	100

Graphique 6

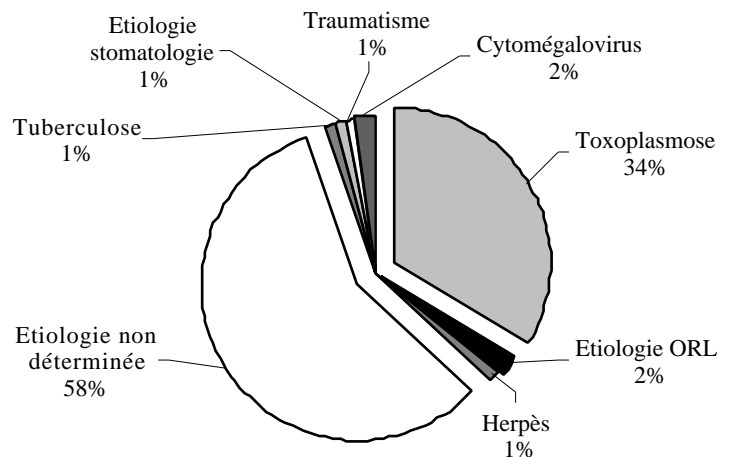


Diagnostics présumés des différentes uvéites

Tableau 11

Diagnostic présumé	Nb de cas	%
Toxoplasmose	32	33,68
Tuberculose	1	1,05
Herpès	1	1,05
Cytomégalovirus	2	2,11
Etiologie ORL	2	2,11
Etiologie stomatologie	1	1,05
Traumatisme	1	1,05
Etiologie non déterminée	55	57,89
Total	95	100

Graphique 7

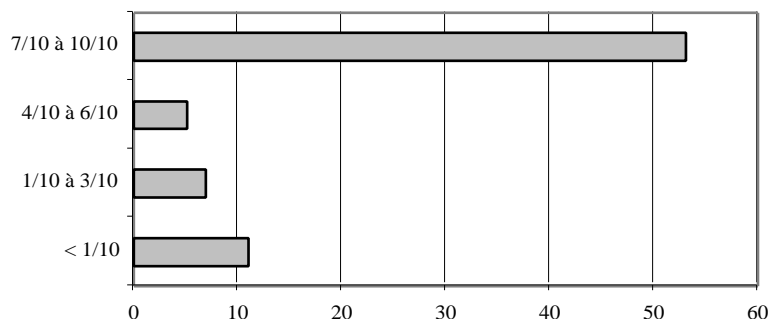


Répartition en fonction de l'acuité visuelle après le traitement

Tableau 12

Acuité visuelle	Nb de cas	%
< 1/10	11	14,47
1/10 à 3/10	7	9,21
4/10 à 6/10	5	6,58
7/10 à 10/10	53	69,74
Total	76	100

Graphique 8



En comparant les tableaux d'acuité visuelle avant et après le traitement, on peut noter une amélioration des chiffres avec l'augmentation du nombre de patients ayant une acuité visuelle comprise entre 7 /10 et 10/10. Mais chez les patients dont l'acuité visuelle est inférieure à 1/10 il n'y a pratiquement pas d'amélioration post-thérapeutique.

COMMENTAIRES

L'analyse des différents résultats de notre étude met en évidence les difficultés rencontrées à tous les niveaux dans la prise en charge des uvéites dans nos structures hospitalières.

En ce qui concerne les patients, on peut relever :

- le délai de consultation trop long qui entraîne un diagnostic tardif à un stade où se sont déjà installées des complications avec pour corollaire une moindre efficacité du traitement symptomatique.
- l'identification incertaine ou évasive des antécédents qui ne permet pas une recherche étiologique fiable et la prescription d'un traitement étiologique adapté.
- le suivi approximatif d'un traitement symptomatique lourd, long et coûteux souvent associé à des thérapeutiques traditionnelles qui entraînent plus de complications qu'elles n'améliorent la maladie.

1 - BLOCH-MICHEL E.

Les uvéites.

Concours Médical, 1993, 115, (15) : 1231-1239.

2 - FAURE J.P., BLOCH-MICHEL E., LE HOANG P., VADOT E.

Mécanismes et médiateurs de l'inflammation oculaire.

Immunopathologie de l'œil, Ed. Masson, Paris, 1988.

3 - GUEX-CROZIER Y., PITTET N., HERBORT C.P.

Sensitivity of laser flare photometry to monitor inflammation in uveitis of the posterior segment.

Ophthalmology, Rochester 1995, 102, (5) : 613-621.

4 - LE HOANG P.

Les uvéites.

Précis d'ophtalmologie. Edition Masson Paris, 1984, p.261-286.

5 - MARTENET A.C.

En ce qui concerne la pratique hospitalière, on peut noter :

- le retard du diagnostic souvent lié à une consultation effectuée par un non spécialiste, attribuant les signes à une banale conjonctivite «appolo».
- le mode de recrutement des malades qui occulte les patients souffrant d'affections dont l'uvéite peut être un signe clinique ou une complication : arthrite chronique juvénile, affections rhumatologiques, sarcoïdose, etc...
- le coût élevé des multiples examens complémentaires qui freine leur réalisation.
- l'impossibilité de pratiquer certains examens complémentaires qui peuvent donner une orientation étiologique et permettre de mieux adapter le traitement.
- l'accès pratiquement impossible à certains médicaments : immunosuppresseurs. antiviraux (herpès, cytomégalo-virus...

CONCLUSION

Cette étude a donc permis de mettre en évidence la difficulté de la prise en charge des uvéites dans nos contrées. L'amélioration de cette situation passera nécessairement par une sensibilisation des populations et des agents de santé primaires, une meilleure coopération entre les différentes spécialités médicales, un effort plus important des pouvoirs publics dans l'équipement en matériels et médicaments des structures hospitalières.

BIBLIOGRAPHIE

Etiologie et traitement médical des uvéites.

EMC (Paris, France) ophtalmologie 21003 C10, 4-12-03, 16 p.

6 - NIESSAN F.

Aspects étiologiques des uvéites endogènes de l'enfant.

Thèse Médecine 1980 Paris.

7 - WEBER M., SAHEL J., MEYER P., PASQUALLI J.M., TERZIC Z., MEYER L., SPEEG-SCHATZ C., KERRAND E., FLAMENT J.

Contribution d'une approche diagnostique systématique et d'une collaboration interniste au bilan étiologique des uvéites : résultats d'une expérience de 2 ans.

Bulletin des sociétés d'ophtalmologie de France, 1992, 92 (4) : 447-451.

8 - WITMER R.

Introduction à la symptomatologie d'uvéite.

EMC (Paris, France), Ophtalmologie 21220 A20, 10-1987, 2 p.