

Cas Clinique

Uvérite Granulomateuse Bilatérale Révélatrice d'une Tuberculose Ganglionnaire Thoracique chez une Enfant

Bilateral granulomatous uveitis revealing thoracic lymph node tuberculosis in a child

Mvilongo C¹, Akono E¹, Nomo AF², Mbede M¹, Nanfack C², Ngah Komo ME³, Mekone I⁴, Nguena B¹, Dohvoma V¹, Bilong Y⁵, Koki G⁶, Epee E¹, Afane Ze E³, Ebana MC¹

¹ Hôpital Central de Yaoundé
² Hôpital Gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé
³ Hôpital Jamot de Yaoundé
⁴ Hôpital Général de Yaoundé
⁵ Hôpital de district de Mbalmayo
⁶ Hôpital Militaire de Douala
 Email : carolinemvilongo@yahoo.fr

Mots clés : uvérite granulomateuse, tuberculose

Keywords: granulomatous uveitis, pediatric tuberculosis

RÉSUMÉ

La tuberculose oculaire est rare et l'uvérite est sa manifestation la plus fréquente. Nous rapportons un cas d'uvérite bilatérale granulomateuse révélatrice d'une tuberculose ganglionnaire chez une fillette de 6 ans. Il s'agit d'une élève amenée en consultation pour baisse d'acuité visuelle bilatérale associée à une douleur et une rougeur oculaire évoluant depuis 2 semaines. Les antécédents ont révélé une notion de contact tuberculeux il y'a 3 mois. L'examen ophtalmologique a permis d'objectiver une acuité visuelle bilatérale réduite à voir bouger la main, des précipités retro descemetiques en graille de mouton avec des nodules iriens de Busacca et un Tyndall cellulaire à 4+ rendant le fond d'œil inaccessible. Une radiographie du thorax complétée par un scanner thoracique a révélé des adénopathies nécrotiques médiastinales para trachéales droites sous carénaire et hilare droite avec effet de masse sur une bronche segmentaire du lobe supérieur faisant évoquer une tuberculose ganglionnaire. Elle a bénéficié d'une corticothérapie à dose régressive, d'un traitement antituberculeux et l'évolution a été marquée par une bonne récupération de la fonction visuelle.

Ocular tuberculosis is rare and uveitis is its most common. We report a case of bilateral granulomatous uveitis revealing thoracic lymph node tuberculosis in a girl. The six years old pupil was brought to consultation for bilateral loss of sight associated to pain and redness of the eyes, of two weeks duration. The past medical history found tuberculosis contact three months before. Ophthalmoscopy examination found bilateral reduced visual acuity, retro descemetic precipitates, and Busacca iris nodules. With Cellular Tyndall of 4+, funduscopy examination was not possible. Plain chest radiography coupled with chest CT showed right paratracheal and hilar necrotic and subcarinal lymph nodes compressing upper segment bronchus. Mediastinal tuberculosis was the presumptive diagnosis. The child received anti tuberculosis treatments, and corticosteroids. The visual function improved considerably.

INTRODUCTION

L'uvérite chez l'enfant demeure une cause commune de cécité avec une prévalence 5-10 fois inférieure à celle de l'adulte. Elle représente 3-8% de la population des uvérites selon Laghrami et a en 2002 [1]. La cause la plus fréquente d'uvérite infectieuse chez l'enfant est la rétinocoroidite à *Toxoplasma gondii* [2]. La tuberculose oculaire est relativement rare et l'uvérite reste sa manifestation la plus fréquente chez les enfants immunocompétents. L'atteinte oculaire dans la tuberculose peut exister sans atteinte pulmonaire [3]. Nous rapportons un cas d'uvérite bilatérale granulomateuse révélatrice d'une tuberculose ganglionnaire chez un enfant de 6 ans.

OBSERVATION MÉDICALE

C'est le cas d'une patiente âgée de 6 ans, élève référée pour baisse d'acuité visuelle bilatérale évoluant depuis 2

semaines associée à une douleur et une rougeur oculaire. Le diagnostic d'inflammation oculaire a été posée et traitée avec la dexaméthasone à dose de 140 gouttes / jour le matin pendant 5 jours. Les antécédents révèlent qu'elle est née à terme, tous les vaccins du programme élargi de vaccination sont à jour, les examens prénataux des sérologies toxoplasmose, rubéole et HIV étaient négatifs chez la mère. Par ailleurs, elle a une notion de contact tuberculeux familial il y'a 3 mois. L'examen ophtalmologique a permis de retrouver une acuité visuelle réduite à voir bouger la main aux deux yeux, et une pression intraoculaire à 13 mmHg dans les deux yeux. L'examen ophtalmologique à la lampe à fente a permis de retrouver pour les deux yeux ; un œdème cornéen, des précipités rétro descemetiques granulomateux, un tyndall cellulaire à 4+, des nodules iriens de Busacca avec notamment à gauche une synéchie à 12 heures et une phakosclérose cristallinienne (**Figure 1 et Figure 2**). Sur

le plan général, elle présentait une toux, une hypersudation, un amaigrissement avec un poids de 21 kg et une fièvre à 39°5 C. Le segment postérieur était inaccessible aux deux yeux. Le diagnostic initial posé était celui d'une uvéite antérieure aigue bilatérale granulomateuse.

Les bilans demandés étaient la radiographie du thorax, les sérologies TORCH (toxoplasmose, rubéole, cytomégalovirus et herpès), l'intradermoréaction à la tuberculine, une numération formule sanguine, les sérologies TPHA-VDRL et HIV. Les sérologies TORCH, TPHA-VDRL et HIV sont revenues négatives. L'IDR à la tuberculine était positive à 20 mm. Une consultation de rhumatologie avait été demandée. La radiographie du thorax de face a permis d'identifier un élargissement du médiastin et de la carène (opacités hilaires droites) faisant suspecter des adénomégalies médiastinales (**Figure 3**). Un tubage gastrique a été réalisé dans un service de pneumologie et revenu positif au bacille de Koch. Un scanner thoracique a permis de retrouver des adénopathies nécrotiques médiastinales para trachéales droites sous carinaire et hilare droite avec effet de masse sur une bronche segmentaire du lobe supérieur faisant évoquer une tuberculose ganglionnaire (**Figure 4**). Le diagnostic retenu était donc une tuberculose multifocale oculaire et ganglionnaire. Un counselling familial a été fait. La prise en charge hospitalière a consisté en l'association RHEZ : 1cp/jour pour un poids de 21 kg ; une corticothérapie à base de célestène gouttes : 180 gouttes/ jr le matin puis doses régressives, de la framycétine : 1 goutte/heure ODG, et des mydriatiques : 1 goutte toutes les 8 heures dans les 2 yeux. Un examen de la vision des couleurs a été réalisé avant mise en route du protocole et était normale.

L'évolution a été satisfaisante à 10 jours avec une amélioration de l'acuité visuelle à droite à 3/10 et à gauche à 1/10, une cornée claire, un tyndall +4 à droite et + 3 à gauche, des précipités rétro descémétiques diffus et des nodules de Busacca présent (**Figure 5**). L'examen du fond d'œil à gauche a permis de retrouver un granulome choroïdien supra fovéolaire faisant penser à un tubercule de Bouchut (**Figure 6**). A un mois, l'acuité visuelle est passée à 8/10 à droite et à 9/10 à gauche et la patiente a été perdue de vue 4 mois après le début de son traitement antituberculeux.

DISCUSSION

L'uvéite est l'atteinte la plus fréquente de la tuberculose oculaire. Elle résulterait de deux mécanismes physiopathologiques différents, soit une infection intraoculaire par les mycobactéries par dissémination hémotogène d'une tuberculose, soit une hypersensibilité de type IV par réactivation au cours d'une tuberculose latente extra pulmonaire (4). L'uvéite est de type granulomateux, très synéchiante pouvant aller jusqu'à une séclusion pupillaire avec une hypertension mettant en jeu le pronostic visuel (5). Elle peut être unilatérale ou bilatérale et caractérisée par une atteinte choroïdienne avec un tubercule de Bouchut retrouvé au fond d'œil chez cette patiente. Devant une uvéite granulomateuse, les étiologies possibles étaient soit infectieuses (tuberculose, sarcoidose, toxoplasmose, syphilis) ; soit immunologique

tel la maladie de Behcet. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments que sont la notion de contagio tuberculeux (6), la présence de précipités rétrodescémétiques en graisses de mouton en chambre antérieure et de granulomes choroïdiens au fond d'œil. Les tests de prolifération lymphocytaire tel que le TB spot ou quantiféron, l'examen des crachats ou le tubage gastrique et la radiographie du thorax peuvent révéler des éléments en faveur d'une tuberculose. L'intradermoréaction manque de spécificité et de sensibilité, le quantiféron est difficile à interpréter avant 5 ans. L'examen des crachats se faisant par tubage gastrique chez les enfants, le diagnostic de certitude d'uvéite tuberculeuse peut s'avérer difficile. L'enfant peut se présenter dans un tableau frustré caractérisé par une absence de signes cliniques, radiologiques spécifiques, et bactériologique. L'examen pouvant être peu contributif (7). Chez cette patiente, le diagnostic clinique a reposé sur la notion de contagio tuberculeux, la présence d'une uvéite granulomateuse bilatérale, et des examens complémentaires en faveur de la tuberculose.

La prise en charge multidisciplinaire consistera à prolonger le traitement à 9 mois avec 2 mois de quadrithérapie et 7 mois de bithérapie en l'absence d'atteinte cérébro-méningée [8, 9] avec surveillance de la vision des couleurs. Le traitement adjuvant se fait avec des corticostéroïdes pour contrôler l'inflammation et à dose régressives sur 6 à 12 semaines. L'évolution est favorable si le diagnostic et la prise en charge ont été précoces.

CONCLUSION

L'uvéite tuberculeuse est une entité clinique rare. Son diagnostic est difficile chez l'enfant et repose sur un ensemble d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques. Le diagnostic de certitude repose sur la culture d'un prélèvement par tubage gastrique chez l'enfant. La prise en charge est multidisciplinaire et doit être précoce pour éviter la survenue de complications mettant en jeu le pronostic visuel et vital. Un counselling familial doit également être réalisé pour éviter la propagation de cette pathologie contagieuse.

RÉFÉRENCES

1. Laghmari M, Karim A, Guedira K, Ibrahimy W, Dahreddine M, Essakalli NH, et al. Les uvéites de l'enfant À propos de 20 cas. *JFO* 2003; 26 (6):609–13.
2. Maleki A, Anesi SD, Look-Why S, Manhapra A, Foster CS. Pediatric uveitis: A comprehensive review. *Surv Ophthalmol*. 2021 ; 6257 (21) :143- 150
3. Gupta V, Gupta A RN. Intraocular tuberculosis-an update. *Surv Ophthalmol* 2007;52:561–87.
4. Bodaghi Bua. *EE* 2009. 394p. Uvéite. Atlas en ophtalmologie.
5. Sharma A, Thapa B, Lavaju P. Ocular tuberculosis: an update. *Nepal J Ophthalmol* 2011;3(1): 52-67
6. Sanghvi C, Bell C, Woodhead M, Hardy C, Jones N. Presumed tuberculous uveitis: diagnosis, management, and outcome. *Eye* 2011;25(4):475–80.
7. Lino A, Lalande V, Guetta A, Lebeau B, Heron E, Chouaid C. Diagnostic des uvéites tuberculeuses : intérêt des tests interférons gamma Diagnosis of tuberculous uveitis: Clinical application of an

interferon-gamma release assay. Rev Mal Respir 2011;28:317–21.

8. Bodaghi. Pathologies inflammatoires et infectieuses: uvéites, sclérites in rapport SFO Ophtalmologie pédiatrique. Elsevier Masson 2017: P 367
9. Tognon MS, Fiscon M, Mirabelli P, Graziani G,

Peracchi M, Sattin A, et al. Tuberculosis of the eye in Italy: a forgotten extrapulmonary localization. Infection 2014;42(2):335–42.



Figure 1 : Précipités rétrodescemetiques, œil droit



Figure 2 : PRD granulomateux œil gauche



Figure 3 : Radiographie du thorax de face montrant des opacités hilaires droites évocatrices d'adénopathies médiastinales



Figure 4 : scanner thoracique montrant des adénopathies nécrotiques paratrachéales en faveur de tuberculose ganglionnaire



Figure 5 : Évolution favorable OD à J10

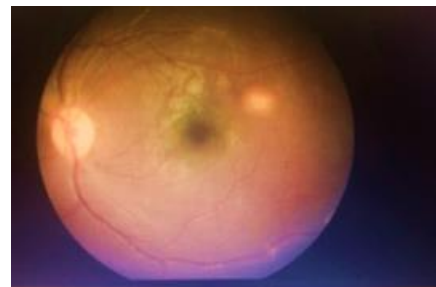


Figure 6 : rétinographie de l'œil gauche montrant un tubercule de Bouchut suprafovéolaire