

PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES UVÉITES À BOKO ET À PARAKOU AU NORD DU BÉNIN

Epidemiological, Clinical and Therapeutic Profile of Uveitis in Boko and Parakou in Northern Benin.

AYENA KOFFI DIDIER *, ASSAVEDO CODJO RODRIGUE ABEL **, NAGBE YAWA EDEBAH*, ZONVIDE DÉLIA*, AMEDOME KOKOU MESSAN*, TETE YAOVI*, BALO KOMI*

* : Faculté des Sciences de la Santé de Lomé, Togo

** : Faculté des sciences de la Santé de Parakou, Benin

Correspondance : Dr AYENA K Didier / didier23fr@yahoo.fr
Prof Ag d'Ophthalmologie à la FSS/ UL
Médecin Chef Service Ophthalmologie, Hôpital de Bè

RÉSUMÉ

Introduction: L'uvéite est l'inflammation de l'uvée. Il est important que son profil épidémiologique soit connu en Afrique Noire. Le but de cette étude est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des uvéites dans le nord du Bénin.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective documentaire sur la prise en charge des cas d'uvéite dans 2 services d'ophtalmologie situés dans le nord du Bénin.

Résultats: Nous avons répertorié 489 dossiers des patients atteints d'uvéite aiguë ou chronique uni ou bilatérale, soit un total de 623 yeux. Cet échantillon représentait 1% des consultations. Une prédominance masculine a été observée avec un sex-ratio de 1,5 (297 M/ 192 F). L'âge moyen des patients était de 35,7±

16,1 ans et la tranche d'âge de 20 à 39 ans était la plus représentée. L'uvéite était antérieure dans 32,3%, postérieure dans 29%, intermédiaire dans 28,1% et totale dans 10,6%. Dans 14,3% des cas, l'étiologie a été précisée et non déterminée dans 85,7%. La toxoplasmose était retrouvée dans 47 cas (7,5%), le zona ophtalmologique dans 20 cas (3,2%). Tous les patients ont été suivis en ambulatoire et ont bénéficié d'une corticothérapie topique. Cent trente trois (133) cas de complications ont été répertoriés représentant 21,3% des cas.

Conclusion: Les uvéites ont un taux de prévalence de 1% au nord du Bénin. Elles ont provoqué une baisse de vision dans 49,3% et la cécité dans 9,8% des cas.

Mots-clés : UVÉITES, ÉPIDÉMIOLOGIE, CLINIQUE, THÉRAPEUTIQUE, BENIN, AFRIQUE.

ABSTRACT

Introduction: Uveitis is the inflammation of the uvea. To know its epidemiological profile is important in Black Africa. The aim of this study is to describe the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of uveitis in northern Benin.

Materials and methods: This is a retrospective documentary study on the management of cases of uveitis in 2 ophthalmology departments located in northern Benin.

Results: We identified 489 medical files of patients with unilateral or bilateral acute or chronic uveitis, a total of 623 eyes. This sample represented 1% of the consultations. A male predominance was observed with a sex ratio of 1.5 (297 M / 192 F). The mean age of the patients was 35.7 ± 16.1 years and the age group of 20 to 39

years was the most represented. Uveitis was anterior in 32.3%, posterior in 29.0%, intermediate in 28.1% and panuveitis in 10.6%. In 14.3% of cases, the etiology was specified and not determined in 85.7%. Toxoplasmosis was found in 47 cases (7.5%), herpes zoster in 20 cases (3.2%). All patients were followed up on an outpatient basis and received topical corticosteroids. One hundred and thirty-three (133) cases of complications were recorded, accounting for 21.3% of the cases.

Conclusion: Uveitis has a prevalence rate of 1% in northern Benin. They caused low vision in 49.3% and blindness in 9.8% of cases.

KEYWORDS: UVEITIS, EPIDEMIOLOGY, CLINICAL, THERAPEUTIC, BENIN, AFRICA.

INTRODUCTION

L'uvéite est une inflammation de l'uvée. On peut la classer en uvéite antérieure, intermédiaire, postérieure ou panuvéite sur la base de la localisation primaire de l'inflammation¹. On estime qu'environ 10% des handicaps visuels qui touchent les populations occidentales sont dus aux uvéites et près de 35% des patients atteints d'uvéite souffrent d'une perte de vision significative². Son incidence annuelle se situe entre 17 et 111 cas pour 100 000 individus³⁻¹¹ et sa prévalence varie de 38 à 730 pour 100 000 individus^{3,4,11,12} aux Etats-Unis, en Europe et en Asie. Les plus récentes études qui lui ont été consacrées ont montré que l'Afrique

noire n'en est pas épargnée même si elle y est plus rare^{13,14}. Au Togo comme au Bénin des études ont été consacrées à certaines formes d'uvéites¹⁵⁻¹⁹. Cependant une série plus large n'a pas encore été rapportée et les complications propres à l'affection ne sont pas réellement connues dans la population septentrionale du pays.

L'objectif de cette étude était de décrire le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des uvéites au nord de la République du Bénin afin de disposer de base de données pouvant motiver des actions ultérieures en vue d'une amélioration de la prise en charge et de la réduction du taux de cécité lié aux uvéites.

MATERIELS ET METHODE

Nous avons réalisé une étude rétrospective documentaire couvrant les dossiers des patients vus en consultation de janvier 1998 à décembre 2007 dans les services d'ophtalmologie du centre hospitalier Saint André de Tinré à Boko et du centre hospitalier départemental du Borgou-Alikori à Parakou. Les deux centres hospitaliers sont situés dans le nord de la République du Bénin. Tous les cas d'uvéite confirmés dans les deux services par un examen ophtalmologique pendant la période d'étude ont été considérés. Une fiche de collecte de données a servi au recueil des informations épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Sept (07) dossiers illisibles ont été éliminés. Pour chaque cas inclus les données suivantes ont été collectées pour analyse : les caractéristiques démographiques (âge, sexe), les signes cliniques (les signes fonctionnels, l'acuité visuelle corrigée, la pression intraoculaire, les signes physiques, les résultats des examens paracliniques réalisés), l'étiologie retrouvée, le type de traitement institué et les résultats

fonctionnels obtenus. Le site anatomique de l'inflammation était classé selon les recommandations de la Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Group¹. L'acuité visuelle de loin (AVL) au trou sténopéique a été considérée comme une cécité lorsqu'elle était inférieure à 1/20, comme une baisse de vision lorsqu'elle était supérieure à 1/20 et inférieure à 3/10 puis comme une bonne vision lorsqu'elle était supérieure ou égale à 3/10. La pression intraoculaire a été mesurée au tonomètre à aplanation de Goldmann. Les examens paracliniques à visée étiologique comprenaient la numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, la sérologie de la toxoplasmose, la sérologie de la syphilis, l'intradermoréaction à la tuberculine et la radiographie du thorax. Les variables analysées étaient l'âge, le sexe, le siège ainsi que l'étiologie de l'uvéite.

La saisie et le traitement des données ont été faits à l'aide du logiciel SPSS 12.0 (Statistical Package for Social Science) avec un intervalle de confiance de 95%.

RESULTATS

Sur 47 827 dossiers dépouillés, le diagnostic d'uvéite a été mentionné sur 489, soit un taux de prévalence de 1%. L'échantillon était constitué de 297 hommes (60,7%) et 192 femmes (39,3%) soit un sex-ratio de 1,5. L'âge moyen des patients était de $35,7 \pm 16,1$

ans avec des extrêmes de 05 ans et 80 ans. La tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus représentée avec 25,2% suivie par celle de 30 à 39 ans avec 24,3% (Tableau I).

Le motif de consultation le plus fréquent était la baisse d'acuité visuelle retrouvée

chez tous les patients, suivait la douleur (50,1%) et la rougeur oculaire (49,9%). Les autres signes fonctionnels représentaient 40%. L'uvéite était unilatérale chez 355 patients (72,6%) et bilatérale chez 134 patients (27,4%). Ce qui correspondait à 623 yeux atteints d'uvéite soit 63,7% des yeux des 489 patients.

Tableau I : répartition des patients selon le sexe et la tranche d'âge

Tranche d'âge	Sexe				Total	
	Homme		Femme		N	%
	N	%	N	%		
Moins de 20 ans	26	8,8	48	25,0	74	15,1
20-29 ans	87	29,3	36	18,7	123	25,2
30-39 ans	77	25,9	42	21,9	119	24,3
40-49 ans	51	17,2	18	9,4	69	14,1
50-59 ans	36	12,1	18	9,4	54	11,0
60-69 ans	15	5,0	18	9,4	33	6,8
70 ans et plus	5	1,7	12	6,2	17	3,5
Total	297	100	192	100	489	100

Avant le traitement 220 yeux soit 35,3% avaient une cécité, 202 yeux (32,4%) avaient une baisse de vision et 201 yeux (32,3%) avaient une bonne vision (Figure 1).

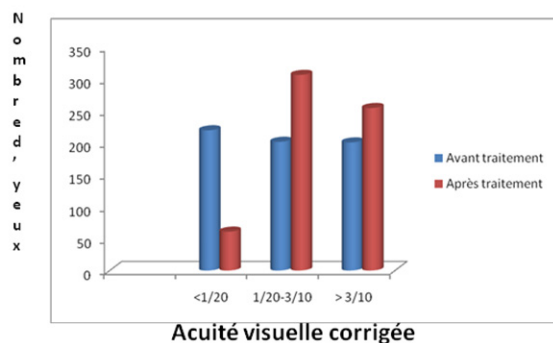


Figure 1: acuité visuelle corrigée avant et après traitement

Nous avons répertorié 408 cas de précipités retro-cornéens (65,5 %), 213 cas de Tyn-dall dans la chambre antérieure (34,2%), 92 cas de cicatrices chorioretiniennes (14,8%), 66 cas de synéchies postérieures (10,6%) et 6 cas d'hypertonie oculaire (1%).

En fonction de leur localisation anatomique ont été répertoriés 201 cas d'uvéites antérieures (32,3%), 181 cas d'uvéites postérieures (29,0%), 175 cas d'uvéites intermédiaires (28,1%) et 66 cas de panuvéites (10,6%) (Tableau II).

Tableau II : répartition des uvéites en fonction de leur localisation anatomique et latéralité

Type d'uvéite	Uvéite unilatérale	Uvéite bilatérale	Total des yeux (%)
Antérieure	169	16	201 (32,3)
Postérieure	159	11	181 (29,0)
Intermédiaire	5	85	175 (28,1)
Panuvéite	22	22	66 (10,6)
Total	355	134	623 yeux

Une étiologie a été diagnostiquée dans 89 cas soit 14,3% et non déterminée dans 85,7% (N=534). La toxoplasmose était retrouvée dans 47 cas (7,5%), le zona ophtalmique dans 20 cas (3,2%). La sérologie était positive au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans 16 cas (2,6%) et la notion de traumatisme oculaire dans 6 cas (1%) (Tableau III).

Tableau III: Répartition des cas selon l'étiologie suspectée

Etiologies suspectées	Nombre de cas	%
Non déterminée	534	85,7
Toxoplasmose	47	7,5
Zona ophtalmique	20	3,2
VIH+	16	2,6
Traumatisme oculaire	6	1
Total	623	100

Sur le plan thérapeutique tous les patients ont été suivis en ambulatoire et ont bénéficié d'une corticothérapie topique dans tous les cas associée à un mydriatique ou cycloplégique en fonction de ce qui était disponible. Un traitement antibiotique à large spectre a été administré dans 102 cas (16,4%). Cette antibiothérapie était à base de macrolide pour les 47 cas de toxoplasmose, de cotrimoxazole pour les 16 patients dont la sérologie du VIH était positive (20 cas d'uvéites) d'une part et pour les 35 cas de panuvéite où une infection était présumée impliquée d'autre part.

Le suivi du traitement a varié de 1 à 33 mois avec une moyenne de 12 mois. Les visites de contrôle étaient hebdomadaires durant le premier mois, mensuelles durant le premier trimestre et trimestrielles pour la suite.

Cent trente trois (133) cas de complications ont été répertoriés représentant 21,3% des cas. L'œdème papillaire a été le

plus observé (64 cas) soit 48,1% des complications ou 10,3% des cas, suivaient 15 cas d'hypertonie oculaire (11,3%) soit 2,4% des cas et 15 cas de décollement de rétine

(11,3%) soit 2,4% des cas, 11 cas d'œdème maculaire (8,3%) soit 1,8% des cas et 11 cas de cicatrice maculaire (8,3%) soit 1,8% des cas (Figure 2).

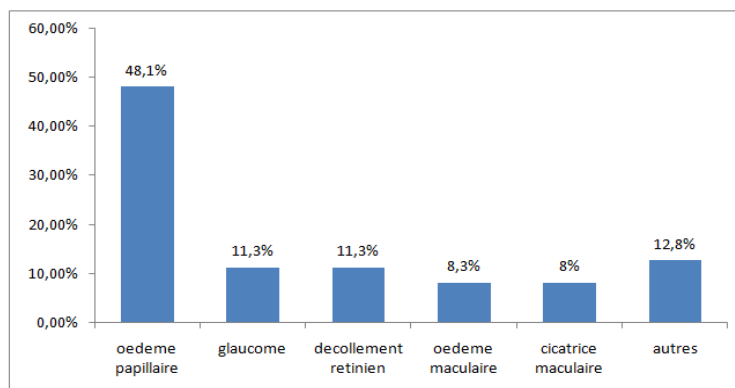


Figure 2 : Répartition des uvéites compliquées en fonction de la complication

Sur le plan fonctionnel, après traitement 61 yeux soit 9,8% avaient une cécité, 307 yeux (49,3%) avaient une baisse de vision et 255 yeux (40,9%) avaient une bonne vision (Figure 1).

En comparant les AV avant et après le

traitement, il est à noter que 72,3% de cas de cécité (159 yeux), 52,0% de cas de baisse de vision (105 yeux) et 26,9% de cas de bonne vision (54 yeux) ont amélioré leur acuité visuelle corrigée (Figure 1).

DISCUSSION

Cette étude a été réalisée afin de combler l'absence de données épidémiologiques sur les uvéites dans le nord du Bénin. Ces données sont à considérer comme un état des lieux devant motiver des actions ultérieures en vue d'une amélioration de la santé oculaire. Elles pourront servir à la mise en place de protocoles de prise en charge rapide efficace afin de réduire le taux de cécité lié aux uvéites. Les deux centres ont été retenus du fait de leur grande activité. Notre étude étant rétrospective documentaire, certaines informations telles que l'influence de la profession sur le taux de prévalence des uvéites, les particularités des uvéites chez l'enfant n'ont pu être apportées. Cependant l'étude a le mérite d'apporter des résultats qui seront utiles pour améliorer ultérieurement la prise en charge des uvéites. Le taux de prévalence hospitalière des uvéites dans les deux services d'ophtalmologie était de 1%. Nos résultats étaient supérieurs à ceux de Koffi et al¹³ en Côte d'Ivoire et ceux de Bella-Hiag et al¹⁴ au Cameroun. Sounou-

et al¹⁹ ont rapporté un taux d'incidence de 0,65% au CNHU de Cotonou au Sud du Bénin. Le taux de prévalence hospitalière dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que dans ces zones, la population ne consulterait qu'au besoin. Il est particulièrement rare de recevoir un patient en consultation pour un examen ophtalmologique systématique.

L'âge moyen de notre série était de 35,7 ans. Cette moyenne dépassait légèrement celles de Koffi et al¹³ et de Bella-Hiag et al¹⁴ qui trouvaient respectivement 32 ans et 33,9 ans. Elle était proche de la moyenne de 36,5 ans avec des extrêmes allant de 3 à 81 ans retrouvée par Levecq et al²⁰. C'est la tranche d'âge active et donc plus exposée à son environnement comme l'ont affirmé certains auteurs²¹⁻²³.

Une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,5 dans notre série concorde avec les données de la plupart des études réalisées en Afrique^{13,14,21}. Cependant elle est nettement supérieure à celle de Koffi et

al¹³ qui retrouvaient un sex-ratio de 1,11, Levecq et al²⁰ qui rapportaient 1,13 mais inférieure à celle de Bella-Hiag et al¹⁴ qui rapportaient un sex-ratio de 1,92 et de Chebil et al²¹ à Tunis qui relevaient un sex-ratio de 1,94. La prédominance masculine observée dans notre série ne correspond pas aux données démographiques générales de la population où on observe plus de femmes que d'hommes dans le pays. Cette situation pourrait s'expliquer par les réalités sociales, culturelles et économiques dans ces milieux. Les hommes consulteraient lorsqu'ils ont un symptôme sans l'avis ni le soutien financier de leur compagne. Par contre la compagne aurait toujours besoin de l'avis favorable et parfois du soutien financier de son époux avant d'aller consulter lorsqu'elle ressent un symptôme. Ces barrières sociales, culturelles et économiques particulières aux femmes ont été également rapportées dans une population rurale au Sud du Togo par Balo et Al²⁴.

La baisse de l'acuité visuelle a été retrouvée chez tous les patients dans notre série alors que Koffi et al¹³ l'ont retrouvée dans 38,19% des cas. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait qu'en zone semi-urbaine et rurale, en raison de la pauvreté et de l'ignorance, les patients consultaient tardivement. Au nord Togo par exemple, une cécité bilatérale a été la circonstance de découverte d'un diabète de type 1 chez une fille de 16 ans avec une hyperglycémie de 3,65 g/l²⁵.

L'analyse de la topographie des uvéites a montré que l'uvéite antérieure était la plus

observée. Elle corrobore les résultats de la plupart des auteurs^{13,14,18,19,21,26}.

L'étiologie des uvéites varie en général d'une étude à l'autre. Dans notre série, à partir du bilan de base, une étiologie a été diagnostiquée dans 14,3% des cas avec la toxoplasmose comme étiologie la plus retrouvée dans 7,5% des cas. Chebil et Al²¹ ont retrouvé la maladie de Behçet dans 28,9% à Tunis. L'hétérogénéité des résultats des différentes études épidémiologiques pourrait s'expliquer par les variations géographiques, ethniques ou environnementales et par la diversité des critères d'inclusion et de démarches diagnostiques utilisées.

La prise en charge des patients atteints d'uvéite connaît d'importantes difficultés rejoignant celles évoquées par Koffi et al¹³ qui sont : le retard de consultation spécialisée responsable de diagnostic tardif aux stades de complications ; l'impossibilité de pratiquer certains examens paracliniques pour une meilleure orientation diagnostique nous permettant d'instaurer des traitements spécifiques ; le suivi approximatif d'un traitement médical lourd, long et onéreux.

Dans ces services d'ophtalmologie, les thérapeutiques ont fait surtout appel aux corticoïdes en topique et aux mydriatiques/cycloplégiques. Un traitement antibiotique à large spectre a été administré dans 102 cas (16,4%). L'absence de thérapeutique spécifique est en corrélation avec l'insuffisance des explorations diagnostiques rendant difficile l'évocation de certaines étiologies de l'uvéite.

CONCLUSION

Cette étude malgré certaines insuffisances d'informations épidémiologiques, a permis d'exposer les conditions réelles de la prise en charge des uvéites dans le septentrion du Bénin avec des limites techniques et particularités locales. Elle a permis de noter que le taux de prévalence hospitalière des uvéites était de 1% au nord du Bénin. Les uvéites provoqueraient une baisse de

vision dans 49,3% et la cécité dans 9,8% des cas. Le pronostic pourra être amélioré par l'information et l'éducation de la population, des agents de la santé, des tradipraticiens et une amélioration du plateau technique. Une coopération avec les internistes serait très contributive pour la recherche étiologique et la prise en charge.

RÉFÉRENCES

- Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data: Results of the First International Workshop; Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. *Am J Ophthalmol* 2005;140: 509-16.
- Rothova A, Suttrop-van Schulten MS, Frits Treffers W, Kijlstra A. Causes and frequency of blindness in patients with intraocular inflammatory disease. *Br J Ophthalmol* 1996; 80:332-6.
- Darell RW, Wagener HP, Kurland LT. Epidemiology of uveitis. Incidence and prevalence in a small urban community. *Arch Ophthalmol* 1962; 68:502-14.
- Gritz DC, Wong IG. Incidence and prevalence of uveitis in Northern California; the Northern California Epidemiology of Uveitis Study. *Ophthalmol* 2004; 111:491-500.
- Suhler EB, Loyd MJ, Choi D, [Rosenbaum JT](#), [Austin DF](#). Incidence and prevalence of uveitis in Veterans Affairs Medical Centers of the Pacific Northwest. *Am J ophthalmol* 2008; 146:890-6.
- Freedman J. Incidence of uveitis in Bantu-speaking negroes of South Africa. *Br J Ophthalmol* 1974; 58: 595-9.
- Mercanti A, Parolini B, Bonora A, Lequaglie Q, Tomazzoli L. Epidemiology of endogenous uveitis in north-eastern Italy. Analysis of 655 new cases. *Acta Ophthalmol Scand* 2001; 79:64-8.
- Paivonsalo-Hietanen T, Tuominen J, Vaahtoranta-Lehtonen H, Saari KM. Incidence and prevalence of different uveitis entities in Finland. *Acta Ophthalmol Scand* 1997; 75: 76-81.
- Miettinen R. Incidence of uveitis in Northern Finland. *Acta Ophthalmol (Copenh)* 1977; 55: 252-60.
- Tran VT, Auer C, Guex-Crosier Y, Pittet N, Herbort CP. Epidemiological characteristics of uveitis in Switzerland. *Int Ophthalmol* 1994; 18: 293-8.
- Hwang DK, Chou YJ, Pu CY, Chou P. Epidemiology of uveitis among the Chinese Population in Taiwan. *Ophthalmology* 2012; 119: 2371-6.
- Wakefield D, Chang JH. Epidemiology of Uveitis. *International Ophthalmology Clinics* 2005; 45(2): 1-13.
- Koffi KV, Kouassi FX, Kouassi AC, Effi K, Safede K, Keita CT. Les uvéites : Profils épidémiologique, clinique et thérapeutique au CHU Cocody (Abidjan-Côte d'Ivoire). *Med Afr Noire* 2001 ; 48 : 67-72.
- Bella-Hiag A, Mvogo CE, Ellong A. Les uvéites : aspects épidémiologiques à l'hôpital Laquintinie de Douala. *Ophthalmologica* 2001; 215 : 30-3.
- Balo KP, Mihluedo H, Djagnikpo A, Koffi-Gué B. Les complications oculaires au cours du SIDA : qu'en est-il des rétinites à cytomégalovirus ? *Med Afr Noire* 1997 ; 44 : 387-91.
- Balo KP, Amoussou YP, Bechetoille A, Mihluedo H, Djagnikpo PA, Akpandja SM et al. Rétinites à cytomégalovirus et complications oculaires du SIDA au Togo. *J Fr Ophtalmol* 1999 ; 22 : 1042-6.
- Doutetien C, Yedemon HG, OussaG, do Ango-Padonou F, Bassabi SK. Association zona, uvéite toxoplasmique, tuberculose pulmonaire et infection à VIH à propos d'un cas. *Le Benin Medical* 1999 ; 12 (13) : 177- 80.
- Sounouvou I, Tchabi S, Yehouessi L, Deguenon J, Doutetien C, Bassabi SK. Uvéite de l'enfant et de l'adolescent au CNHU de Cotonou. *Le Bénin Médical* 2006 ; 33 : 6-8.
- Sounouvou I, Tchabi S, Doutetien C, Deguenon J, Yehouessi L, Bassabi SK. Les uvéites au centre national hospitalier universitaire de Cotonou. *Le Bénin Médical* 2004 ; 28 : 19-33.
- Levecq L, Disneur D, Dutrieux C, Snyers B. Etiologie des uvéites intermédiaires, postérieures et totales. Une revue de 201 cas. *Bull Soc Belge ophtalmol* 1999 ; 273 : 9-14.
- Chebil A, Baroudi B, Slim M, Chaker N, Lamoum M, Bouladi M, et al. Profil épidémiologique des uvéites dans la région de Tunis. *J Fr Ophtalmol* 2013 ; 36 : 764-8.
- Pivetti-Pezzi P, Accorinti M, La Cava M, ColabelliGisoldi RA, Abdulaziz MA. Endogenous uveitis : an analysis of 1,417 cases. *Ophthalmologica* 1996 ; 210 : 234-8.
- Biswas J, Narain S, Das D, Ganesh SK. Pattern of uveitis in a referral uveitis clinic in India. *Int Ophthalmol* 1996; 20: 223-8.
- Balo KP, Anika A, Banla M, Agla K, Djagnikpo PA, Koffi-gue KB. Distribution de l'excavation papillaire dans une population générale de 685 personnes âgées de plus de 40 ans et habitant le Sud Togo. *J Fr Ophtalmol* 2004; 27 (3) : 250-5.
- Ayena KD, Diallo JW, Sounouvou I, Boni S, Nabroulaba KT, Doutetien C, Balo KP. Cataracte juvénile bilatérale aiguë révélatrice de diabète de type 1 au CHU de Kara (Togo). *Revue SOAO* 2011 ; 01 : 7-10.
- Moussala M, KoudaZeh A, Machia S, Bitang LJ, Moli TE, Moukuri E. Les uvéites en milieu camerounais (A propos de 55 patients étudiés à Yaoundé) : formes cliniques selon le siège et retentissement fonctionnel. *Med Afr Noire* 1997 ; 44 : 331-3.