

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

République du MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi

**UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES
TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO
(USTTB)**



*Faculté de Médecine et d'Odonto-
Stomatologie (FMOS)*



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

THESE

N° ____/

LES UVEITES POSTERIEURES : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES AU CHU-IOTA

Présenté et soutenue publiquement le 06/02/2021

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie par

M. Tonkoro Mamadou TRAORE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'Etat)

JURY

PRESIDENT : Professeur Sanoussi BAMANI

MEMBRE : Docteur Gounon SAYE

CO-DIRECTEUR : Docteur Adama Issaka GUINDO

DIRECTRICE : Professeur Fatoumata SYLLA

DEDICACE

Maitre du jour de la rétribution.

C'est toi [seul] que nous adorons, et c'est toi [seul] dont nous implorons secours. Guide-nous sur le droit chemin, le chemin de ceux que tu as comblé de faveurs, non pas de ceux qui ont encouru ta colère, ni des égarés.

Merci de nous avoir donné la force nécessaire et la chance de mener ce travail à terme.

A son prophète Mohamed S A W:

Que les bénédictions et la paix de Dieu soient sur lui.

« Apprend du berceau jusqu'à la tombe » tel était une de tes paroles qui nous a donné le goût de l'apprentissage. Nous te témoignons notre respect et notre gratitude pour ce que tu as fait pour l'humanité.

A notre père Mamadou Tonkoro TRAORE

En bon père, vous vous êtes toujours battu pour notre avenir, pour que nous puissions aller à l'école afin d'étudier. Vous avez su inculquer en nous les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse. Vous avez été toujours présent pour nous en ne ménageant aucun effort, aucun sacrifice pour que nous puissions bénéficier de la meilleure éducation. Vous êtes pour nous un exemple de courage, de persévérance et de justice dans l'accomplissement du travail bien fait. Puisse Dieu vous bénir, vous accorder une bonne santé, beaucoup de bonheur et vous donner une longue vie. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que vous avez consentis pour nous. Encore merci.

A notre mère Kadiatou DOUMBIA :

Voici l'un des moments tant attendus pour nous de te remercier pour l'affection et l'amour dont nous avons bénéficié auprès de vous. Votre générosité et votre affection maternelle envers toute personne font de vous une mère admirable et appréciée par tous. Vos bénédictions ont contribué beaucoup à la réalisation de ce travail.

Merci maman pour votre soutien constant, l'amour inconditionnel que vous nous avez donné depuis l'enfance.

Ce travail je vous le dédie chers parents, vous aurez toujours une place particulière dans notre cœur et dans notre vie.

J'espère que vous êtes fières. Que le Seigneur vous garde encore longtemps près de nous et vous comble de bonheur.

A mes frères et sœurs : Feu Soumaïla, Alou Badra, Bintou, Alfousseïny, Maïmou Monzon, Mary, Djénèba.

Pour leurs compréhensions et leurs soutiens de tous les instants.

Que le bon Dieu fasse en sorte que nous restons unis. AMEN !

A ma femme : Mme Traoré Batourou DOUCOURE. Ton amour, ton soutien moral, incommensurable durant toutes ces années d'études. Les mots me manquent pour te remercier. Puisse cette thèse constituer pour toi un solide témoignage de ma ferme volonté de t'aimer de toutes mes forces pendant ma jeunesse et de toute ma sagesse pendant ma vieillesse.

A notre fille : Kadiatou Tonkoro TRAORE dite KT. Ta naissance a apporté une lueur dans notre vie. Que le seigneur te donne une longue vie pour que tu puisses bénéficier des fruits de ce travail.

A mes tantes, oncles, cousins, cousines, neveux et nièces.

A ma très chère cousine Dr TRAORE Fatoumata dite Fah

Tu as toujours été là pour moi à n'importe quel moment et cela je ne l'oublierai jamais, je tiens à te signifier mon indéfectible attachement. Ce travail est le vôtre, trouvez ici toute mon admiration.

A mon très cher ami Sékou Gako

Merci pour ton soutien inconditionnel à tous moments et pour tous tes encouragements et ton soutien moral. Toute ma sympathie et ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS

A tous nos maîtres de la faculté de médecine

Vous êtes pour nous des modèles à suivre. Nous avons été impressionnés par la qualité de vos enseignements, ainsi que vos leçons d'humilité. Aujourd'hui nous vous disons merci, le cœur plein d'émotion et de reconnaissance.

A tous le personnel du CHU IOTA:

Dr DIALLO H, Dr DIALLO S, Dr SISSOKO M, Dr KAMANO M K, Mme Maïga Sakina MAÏGA, Mr Mamadou DIALLO, Mr Issa SAMAKE, Mr Zoumana COULIBALY

Aux D.E.S : Dr SYLLA L, Dr MARIKO

Aux collègues thésards : Amegonou BRICE, Moussa DIAKITE, Youssouf DEMBELE, Koulssoum TOURE, Amadou CISSOKO, Ousmane COULIBALY

A tous le personnel et bénévoles du service de chirurgie du CSRéf

Commune III

A mes grands parents

A tous(tes) mes amis(es) : Dr Aboubacar André Pascal SOMBORO, Emil SAMAKE, Dr DOUMBIA Adama, Dr SIDIBE Fakourou, Dr KEÏTA Abdoulaye, Dr KONE Jean Paul, Dr DIABATE Adama, Dr SOMBORO Jean Paul, Dr TRAORE Souleymane dit Soûl, Youssouf SAMAKE, Sékou GAKO, Demba KONE, Amadou Sambou DIALLO, Yaye DANIOGO, Drissa DIARRA, Abdoulaye DIATRE

A mes maîtres de l'école primaire à la FMOS.

A mes camarades et promotionnaires de l'école primaire à la FMOS.

A mes camarades de la promotion Feu Pr Mahamadou Touré

A l'Etat malien

Pour tous les efforts consentis à ma formation.

A l'Afrique et au Monde

Pour leur combat quotidien pour l’Egalité, la Justice et le bien être des hommes à travers les différentes organisations.

A tous ceux dont le nom ne figure pas dans ce document je vous remercie du fond du cœur, que Dieu vous couvre de sa grâce.

A tous, nous profitons de cette occasion solennelle pour vous adresser nos vifs remerciements et présenter toutes nos excuses aux malades et accompagnants pour les manquements causés à leur égard.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Sanoussi BAMANI

- **Maitre de Conférences en Ophtalmologie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie,**
- **Ancien chef du Département formation au Centre Hospitalier-Universitaire de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique,**
- **Ancien Coordinateur du Programme National de lutte contre la cécité (PNLC).**
- **Membre de la Société Malienne d'Ophtalmologie**
- **Membre de la Société Africaine Francophone d'Ophtalmologie**
- **Membre de la Société Française d'Ophtalmologie**

Cher Maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations ; Homme de principe et de rigueur, nous avons découvert en vous un homme aux qualités multiples sur le plan socioprofessionnel ; Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, et la capacité d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration ; Votre dévotion pour la promotion et la vulgarisation de la santé se fait sentir tant dans nos villes que dans nos campagnes ; Votre volonté ferme de transmettre vos connaissances, votre expérience, votre simplicité et votre modestie font de vous un enseignant exemplaire ; Que le Seigneur puisse vous donner longue vie et la force nécessaire à la réalisation de vos ambitions.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr Gounon SAYE

- **Ophthalmologiste**
- **Praticien Hospitalier au CHU-IOTA**
- **Membre de la Société Malienne d’Ophtalmologie**
- **Membre de la Société Africaine Francophone d’Ophtalmologie**
- **Membre de la Société Française d’Ophtalmologie**

Cher Maître,

Ce fut un réel plaisir pour nous de travailler avec vous dans l’élaboration de cette thèse qui n’est autre que la vôtre. Plus qu’un maître, vous avez été pour nous un frère toujours disponible et prêt à nous aider et à nous conseiller autant que faire se peut. Votre rigueur, votre ponctualité, et votre qualité d’enseignant font de vous un maître de qualité. Cher maître veuillez recevoir nos sincères remerciement, que le bon Dieu vous protège.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr Adama I. GUINDO

- **Maitre-Assistant à la FMOS**
- **Responsable du Département clinique au CHU-IOTA**
- **Praticien Hospitalier au CHU-IOTA**
- **Colonel major de l'armée Malienne**
- **Médaillé de mérite national**
- **Responsable de l'unité ophtalmologique de l'infirmierie militaire**
- **Membre de la Société Malienne d'Ophtalmologie**
- **Membre de la Société Africaine Francophone d'Ophtalmologie**
- **Membre de la Société Française d'Ophtalmologie**

Cher Maître,

Votre souci constant du travail bien fait, votre art de transmettre le savoir et votre attachement à la formation correcte de vos étudiants font de vous un maître de référence. Vous nous avez donné l'engouement pour l'ophtalmologie par vos qualités expressives. Nous avons beaucoup appris à vos côtés, merci pour la qualité de votre encadrement. Recevez ici l'expression de toute notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

Que Dieu vous bénisse.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Pr Fatoumata SYLLA

- **Maitre de Conférences Agrégée en ophtalmologie**
- **Ophtalmo-pédiatre au CHU-IOTA**
- **Responsable du Département formation au CHUI OTA**
- **Présidente de la commission médicale d'établissement (CME) CHU IOTA**
- **Secrétaire générale de la SOMAO**
- **Membre de la Société Malienne d'Ophtalmologie**
- **Membre de la Société Africaine Francophone d'Ophtalmologie**
- **Membre de la Société Française d'Ophtalmologie**

Cher Maître,

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger cette thèse malgré vos multiples et importantes occupations. Nous avons été émerveillés par vos grandes qualités scientifiques et par la facilité avec laquelle vous la partagez. Vos qualités humaines, votre amour du travail bien fait ont forcé notre admiration. Nous vous prions d'accepter notre respectueuse considération. Que le tout puissant vous donne longue vie dans la santé.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| I-INTRODUCTION : | 1 |
| II-OBJECTIFS : | 3 |
| Objectif général : | 3 |
| Objectifs spécifiques : | 3 |
| III- GENERALITES | 4 |
| 3-1) RAPPEL ANATOMIQUE DE L’UVÉE | 4 |
| 3-2) PHYSIOPATHOLOGIE | 9 |
| 3-3) ASPECTS CLINIQUES [15,16]. | 11 |
| IV- METHODOLOGIE | 15 |
| 4-1) Cadre d’étude : | 15 |
| 4-2) Type et période d’étude : | 15 |
| 4-3) Population d’étude : | 16 |
| 4-4) Critère d’inclusion | 16 |
| 4-5) Critère de non inclusion : | 16 |
| 4-6) Echantillonnage : | 16 |
| 4-9) Déroulement de l’étude : | 16 |
| 4-10) Support et collecte des données : | 17 |
| 4-11) Aspect éthique et déontologique : | 18 |
| V- RESULTATS | 20 |
| 5-1) Aspects sociaux démographiques | 20 |
| 5-2) Aspects cliniques | 19 |
| VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION | 27 |
| CONCLUSION | 32 |
| RESUME : | 34 |
| REFERENCES | 35 |
| Fiche d’enquête | 38 |

Liste des tableaux :

| | |
|---|----|
| 3-) Tableau I : Répartition selon la provenance. | 21 |
| 4-) Tableau II : Répartition selon la profession. | 21 |
| 1- Tableau III : Répartition selon l’acuité visuelle. | 23 |
| 3-) Tableau IV : Répartition selon le motif de consultation. | 22 |

| | |
|---|----|
| 4°) Tableau V : Répartition selon l'ATCD médical..... | 23 |
| a°) Tableau VI : Répartition des patients selon les atteintes du segment antérieur et du vitré..... | 24 |
| b°) Tableau VII : Répartition selon le nombre de foyer chorioretinite..... | 25 |
| c°) Tableau VIII : Répartition des patients selon l'atteinte maculaire..... | 25 |
| d-) Tableau IX : Répartition des patients selon l'atteinte rétinienne associée | 25 |
| e°) Tableau X : Répartition des patients selon l'étiologie de l'uvéite. | 26 |

Liste des figures :

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Anatomie du globe oculaire | 8 |
| Figure 2 : Répartition selon l'âge..... | 20 |
| Figure 3 : Répartition selon le sexe..... | 20 |
| Figure 4 : Répartition selon la latéralité..... | 22 |

LISTE DES ABREVIATIONS

- ACAID : Anterior Chamber Associated Immune Deviation
- ATCD : Antécédent
- AV : Acuité visuelle
- BAV : Baisse de l'acuité visuelle
- CD4 : Cluster de différenciation 4
- CELLULES T : cellule Tumoral
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- DDR : Décollement de rétine
- DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- HLA B27 : Humain Leukocyte Antigen locus B
- HLA II : Humain Leukocyte Antigen
- HTA : Hypertension Artérielle
- ICAM-1 : Intercellular Adhesion Molecule 1
- IDR : Intra dermo réaction
- INF : Inferieur
- IOTA : Institut Ophtalmologique Tropicale d'Afrique
- OD : Œil Droit
- OG : Œil Gauche
- OVCR : Occlusion de la veine centrale de la rétine
- SUP : Supérieur
- TGF- β : Transforming growth factor
- UP : Uvéite postérieure
- VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

I-INTRODUCTION :

L'uvéite est une inflammation de l'uvée, composée de l'iris, le corps ciliaire et la choroïde. Elle réalise des tableaux divers et peut mettre en jeu le pronostic visuel des patients [1].

Selon la classification de l'International Uveitis Study Group, l'uvéite postérieure (UP) correspond à l'inflammation de la choroïde souvent associé à celle de la rétine. Il peut s'agir d'une choroïdite, d'une chorioretinite ou d'une neurorétinite. L'atteinte des vaisseaux rétiniens peut accompagner ou non une uvéite postérieure [2].

Selon la classification anatomique, environ 47% sont des uvéites antérieures, 21% sont des uvéites postérieures, 12% sont des uvéites intermédiaires et 20% des panuvéites [3]. L'uvéite postérieure est la deuxième forme par sa fréquence dans la majorité des pays et représente environ 15–30% des cas. En Afrique elles représentent 25% des uvéites [4].

On estime qu'environ 10% des handicaps visuels qui touchent les populations occidentales sont dus à des uvéites ; près de 35% des patients atteints d'uvéite souffrent d'une perte de vision significative voire même d'une cécité au sens de la loi [5]. La prévalence et la distribution des uvéites sont différentes d'une région à une autre en raison des variations géographiques, ethniques, environnementales et démographiques. L'uvéite affecte environ 1 personne sur 4500 avec une prédominance entre 20 et 60 ans [3]. L'uvéite postérieure est une affection rare chez l'enfant, sa prévalence est de 30 cas pour 100 000 habitants, elle représente 5 à 10 % de l'ensemble des uvéites [6]. Le sexe ratio diffère considérablement selon les étiologies. Toutes causes confondues, il serait proche de 1 dans la majorité des études ; son incidence annuelle, en Europe et en Amérique du nord, se situe entre 17 et 24/100000 habitants [7] et sa prévalence est de 115 cas pour 100000 habitants selon une étude nord-américaine [8]. L'uvéite est estimée responsable d'environ 10 à 20% des cécités

aux Etats-Unis [9]. En Asie, les panuvéites sont beaucoup plus fréquentes alors qu'en Afrique, les uvéites postérieures et panuvéites semblent prédominer [3]. Ses causes sont multiples regroupant essentiellement les maladies purement ophtalmologiques, les maladies infectieuses, les maladies systémiques.

L'examen ophtalmologique est essentiel afin de poser le diagnostic positif et d'en préciser le type anatomoclinique dont dépend étroitement l'orientation étiologique. Celle-ci nécessite par ailleurs une analyse clinique et para clinique à la fois ophtalmologique et général d'où la nécessité d'une collaboration ophtalmo-interniste, seul garant d'une prise en charge précoce et à fortiori d'un meilleur pronostic visuel des patients [10]. Cette collaboration est d'autant plus indispensable lorsqu'on sait que le traitement des uvéites peut s'étendre sur de longues durées et requiert une approche personnalisée au contexte de chaque patient. Le but de notre étude consiste à mettre en exergue les données épidémiologiques et cliniques sur les uvéites postérieures au CH-IOTA.

II-OBJECTIFS :

Objectif général :

Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques des uvéites postérieures au CHU IOTA.

Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques socio démographiques des patients présentant une uvéite postérieure au CHU IOTA.
- Décrire les aspects cliniques des uvéites postérieures au CHU IOTA.
- Déterminer les aspects para cliniques au CHU IOTA.

III- GENERALITES

3-1) RAPPEL ANATOMIQUE DE L'UVEE

L'œil est l'organe récepteur de la vision, de forme grossièrement sphérique avec un diamètre antéropostérieur de 2.5 cm, une masse d'environ 7 grammes et un volume de 6,5 cm³ [11] (figure 1). Il est composé de trois membranes : la membrane fibreuse, la membrane vasculaire ou uvée et la membrane nerveuse ou rétine. La membrane vasculaire comporte les structures suivantes :

3-1-1) L'iris [11 ,12]

C'est une membrane circulaire et contractile de la face antérieure du globe oculaire constituant la partie colorée visible de l'œil. L'iris est percé en son centre d'un orifice qui est la pupille. Il présente deux bords et deux faces :

- Un bord interne pupillaire
- Un bord externe périphérique inséré sur le corps ciliaire
- Une face antérieure qui limite en arrière la chambre antérieure
- Une face postérieure qui limite en avant avec le cristallin, la chambre postérieure.

Le diamètre de l'iris est de 12 à 13 mm et son épaisseur maximale située dans sa partie médiane est de 0,6 mm L'iris est mobilisé par deux muscles :

- Le dilatateur de l'iris : c'est une lame musculaire très mince, circulaire à fibres radiales, s'étendant sur toute la surface de l'iris, de sa base au bord de la pupille, plus postérieur que le sphincter.
- Le sphincter de l'iris : c'est un muscle plat dont les fibres se disposent concentriquement, juste au pourtour de la pupille, assurant ainsi sa contraction. Il est épais, triangulaire à la coupe avec un sommet pupillaire étroit ne dépassant pas 1 mm

Le couple « muscle sphincter-dilatateur de la pupille » obéit à la loi d'innervation réciproque de Sherrington. Ainsi, l'excitation de l'un s'accompagne d'une inhibition de l'autre. La vascularisation est assurée par le

grand cercle artériel de l'iris, formé par les branches terminales supérieures et inférieures des artères ciliaires longues.

L'innervation de l'iris est assurée par les nerfs ciliaires longs et courts qui forment un plexus au niveau du corps ciliaire, donnant naissance à un plexus antérieur dans la limitante antérieure, un plexus péri vasculaire, et un troisième destiné au dilatateur et au sphincter.

L'iris présente 2 faces (antérieure et postérieure) et 2 bords :

- L'un externe périphérique qui s'insère sur le corps ciliaire ;
- L'autre interne central délimitant la pupille.

Face antérieure

Elle se divise en 2 parties : la zone pupillaire interne et la zone ciliaire externe.

Toutes les deux sont séparées par la collerette irienne.

- La collerette

C'est une ligne brisée saillante à l'union du 1/3 interne et des 2/3 externes.

Elle correspond à la zone de résorption de la membrane pupillaire existant dans la période anténatale.

- La zone pupillaire interne

Le rebord pupillaire (pigmenté), le sphincter et la zone des cryptes se terminent sur la collerette.

- La zone ciliaire externe :

▫ Une zone interne plate contiguë à la collerette,

▫ Une zone moyenne formée de plis circulaires, concentriques, délimitant les « sillons de contraction » qui sont d'autant plus nombreux que la pupille est plus dilatée,

▫ Une zone externe constituée de cryptes. La coloration de l'iris va être fonction de l'épaisseur de l'épithélium pigmenté et de l'intensité de la pigmentation du stroma.

Rapports : par l'intermédiaire de l'humeur aqueuse avec l'endothélium et la membrane de Descemet de la cornée. En périphérie, l'iris se rapproche de la

cornée sans l'atteindre, se portant légèrement en arrière pour venir s'insérer sur le muscle ciliaire.

Face postérieure

Elle est de couleur brune, uniforme, avec 3 sortes de plis :

- Plis de contraction de Schwalbe (près de la pupille, minces lignes radiaires) ;
- Plis structuraux radiaires (plus en périphérie, radiaires) ;
- Plis circulaires enfin.

Rapports : avec la chambre postérieure remplie d'humeur aqueuse et par son intermédiaire avec les fibres zonulaires tendues des procès ciliaires au cristallin. Au niveau du bord pupillaire, l'iris se rapproche du cristallin pour venir s'appuyer sur la cristalloïde par son liseré pigmentaire.

Bord externe périphérique

Il est mince et fragile. Il constitue la racine de l'iris qui s'insère sur le corps ciliaire.

Rapports : forme la paroi postéro-interne de l'angle iridocornéen en avant ; forme l'angle iridociliaire en arrière dont l'ouverture varie avec l'accommodation.

Bord pupillaire interne

Il limite l'orifice pupillaire. Il est légèrement décalé en bas et en dedans par rapport à la cornée. Le diamètre pupillaire moyen est de 4 à 5 mm, 1,5 mm dans les myosis très serrés et 9 mm lors des mydriases totales.

L'iris contient deux groupes de fibres musculaires lisses :

- Autour de la pupille : le sphincter ;
- À l'intérieur de l'iris, des fibres plus minces, radiaires : le dilatateur de Grynfelt.

3-1-2) Le corps ciliaire [11 ,12]

C'est le segment intermédiaire de l'uvée. Il s'agit d'un épaissement de l'uvée sous la forme d'un anneau saillant à l'intérieur du globe oculaire, en arrière de l'iris. Il se divise en deux parties :

- Les procès ciliaires

Ils sont richement vascularisés et chargés de la sécrétion de l'humeur aqueuse.

- Le muscle ciliaire

Il a un rôle essentiel dans l'accommodation. La racine de l'iris et la zonule s'insèrent sur lui.

En coupe, le corps ciliaire a une forme grossièrement triangulaire :

- La base

Elle reçoit la racine de l'iris. Cette insertion conditionne le degré d'ouverture de l'angle iridocornéen. C'est à ce niveau que commence le muscle dilatateur de l'iris

- La face antéro-externe

Elle est plaquée contre la sclérotique dont elle peut se décoller

- La face postéro-interne

Elle regarde vers l'intérieur du globe. Elle est divisée en deux :

- Une zone lisse, la pars plana,
- Une zone saillante, les procès ciliaires.

À ce niveau s'insère la zonule cristallinienne.

- La pointe du triangle

Elle passe juste sous l'ora serrata qui correspond à la limite antérieure de la rétine. À ce niveau, la rétine n'a aucune fonction visuelle.

3-1-3) La choroïde [11 ,12]

La choroïde fait partie de l'uvée postérieure. Elle est richement vascularisée et innervée et occupe les 2 /3 postérieurs du globe situé entre la sclère et la rétine.

Elle tapisse les 2/3 postérieurs de la sclère, allant du nerf optique en arrière, jusqu'au corps ciliaire en avant. Elle est décollable de la sclère. Elle est recouverte par la rétine.

Son épaisseur varie d'environ 0,1 à 0,2 mm au niveau de l'ora serrata, et ses limites sont en avant le corps ciliaire et en arrière la papille. La vascularisation

de la choroïde est assurée par les artères ciliaires courtes postérieures qui se divisent en son sein en un réseau capillaire complexe. Le drainage veineux est assuré par un réseau parallèle qui aboutit aux veines vortiqueuses. Le système chorio-capillaire assure l'irrigation des couches externes de la rétine. Les artères longues postérieures cheminent entre la choroïde et la sclère pour gagner le segment antérieur. L'inflammation de la choroïde définit schématiquement l'uvéite postérieure.

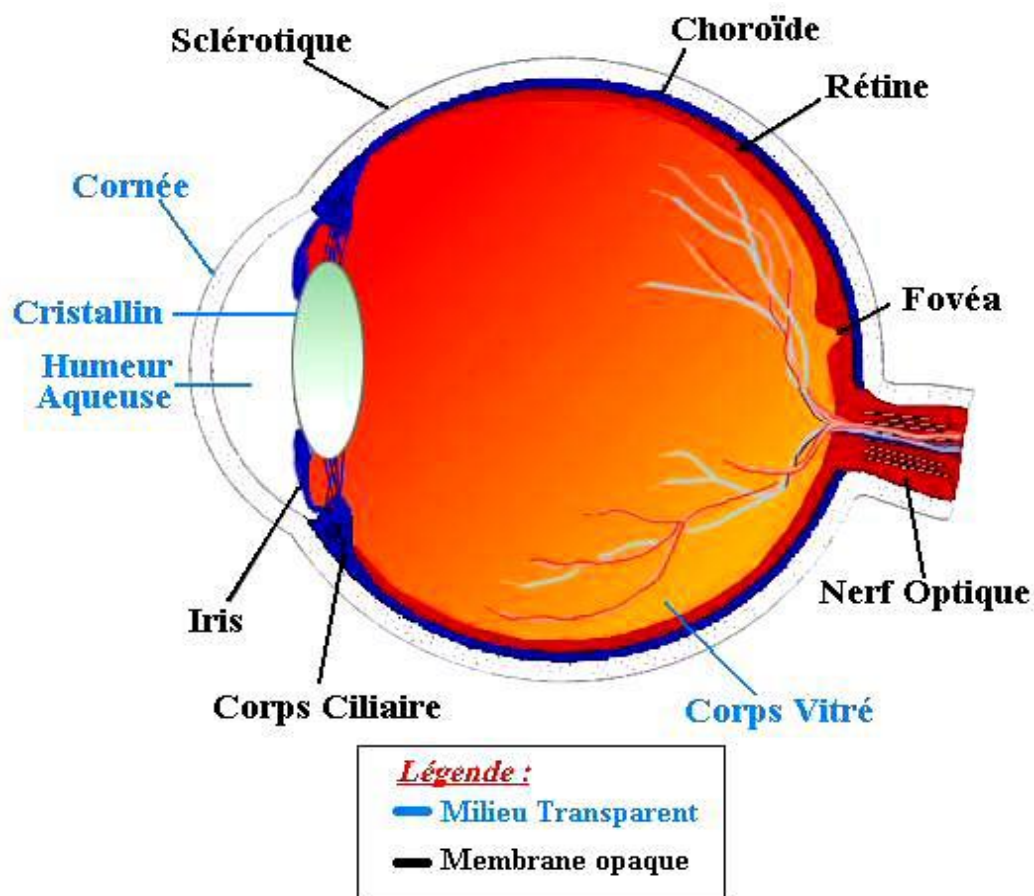


Figure 1 : Anatomie du globe oculaire [11]

III-2) PHYSIOPATHOLOGIE

Il est admis actuellement que la survenue d'une uvéite n'est que la conséquence d'un échec du système immunitaire de l'œil qui est alors le siège d'une déviation de la réponse immune dénommée « anterior Chamber Associated Immune Deviation » ou « ACAID », le résultat étant le déclenchement de l'inflammation et la destruction des tissus oculaires [13].

1. Caractéristique de l'immunologie oculaire

L'immunité oculaire est conditionnée par de multiples facteurs :

➤ La barrière hémato-oculaire

Elle comprend des jonctions imperméables des cellules de l'épithélium ciliaires non pigmentées et de l'endothélium de la rétine et de l'iris. La perturbation de ces jonctions serrées peut augmenter la perméabilité vasculaire, favorisant la survenue, la chronicité et la récurrence de l'inflammation. La présence d'une uvéite ou des réponses immunitaires systémiques aux antigènes oculaires indique ainsi généralement une rupture de la barrière hémato-oculaire.

La choroïde, en raison de la spécificité de sa circulation sanguine et de son anatomie, est particulièrement sensible aux maladies transmissibles par le sang. Elle peut fonctionner comme un référentiel pour les cellules immunitaires, y compris les lymphocytes produisant des anticorps dotés d'une mémoire immunologique. Ainsi, la réponse humorale locale dirigée contre un antigène intraoculaire s'accompagne généralement d'une activation simultanée d'autres cellules productrices d'anticorps qui migrent alors vers la choroïde pour accentuer et entretenir le processus inflammatoire [13].

➤ L'absence de drainage lymphatique intraoculaire

En raison de l'absence de drainage lymphatique intraoculaire, les antigènes intraoculaires sont présentés au système immunitaire via la circulation sanguine, et non par voie lymphatique produisant ainsi une réponse immunitaire atypique [13,14].

➤ La présence d'immunité locale

Les facteurs oculaires locaux trouvés dans l'humeur aqueuse tels que le TGF- β 2, l'alpha-mélanocyte stimulating hormone, le peptide intestinal vaso-actif et la calcitonine gene-related peptide, inhibent les réponses immunitaires intraoculaires en supprimant la croissance des cellules tumorales et la prolifération des cellules T stimulées par des mitogènes [9].

➤ Les molécules de surface

Les études ont montré la présence d'une molécule à la surface des cellules (Fas-ligand), qui couplé à son corécepteur Fas, induit l'apoptose des lymphocytes T rencontrant un antigène dans l'œil. [14].

2. Mécanisme de la constitution des uvéites

La stimulation antigénique du système immunitaire peut produire des réponses immunitaires humorales et/ou cellulaires. La réponse humorale implique la différenciation des lymphocytes B en plasmocytes producteurs d'anticorps, alors que la réponse cellulaire nécessite des cytokines, des lymphocytes T auxiliaires et les lymphocytes T effecteurs cytolytiques. Cette stimulation entraîne une modification morphologique des cellules présentatrices d'antigènes par le biais de sécrétion de cytokines. Ainsi, les cellules endothéliales rétinienne, les cellules dendritiques de la choroïde, les cellules de l'épithélium pigmentaire rétinien et les macrophages péri-vasculaires expriment des molécules d'adhésion cellulaire comme l'ICAM-1 et HLA II permettant l'afflux des T CD4. Les cellules T effectrices libèrent également des cytokines, qui permettent le recrutement de cellules inflammatoires, augmentent la perméabilité vasculaire, et accroissent la réponse inflammatoire [14].

Étant donné l'importance de la vascularisation dans les tissus uvéaux, une inflammation implique une forte congestion vasculaire, d'où une hyperhémie qui caractérise « l'œil rouge » en cas d'uvéite. La congestion et l'inflammation des vaisseaux uvéaux entraînent un relargage de protéines et de liquide dans le tissu conjonctif environnant et causent une rupture de la barrière oculaire. L'infiltration par des cellules mononuclées dans l'espace péri-vasculaire de l'uvée est facilitée par la perméabilité vasculaire ainsi engendrée. Une caractéristique de l'uvéite est l'accumulation d'exsudat non cellulaire au niveau du tractus uvéal. Cet exsudat entraîne un dysfonctionnement du tissu uvéal et une hypotonie du globe.

L'oxygénation et la nutrition du tapis de photorécepteurs de la rétine par les capillaires de la choroïde sont diminuées.

Au niveau du segment postérieur : Le vitré devient inflammatoire donnant l'effet Tyndall vitréen. La rupture de la BHR va entraîner de l'œdème, des exsudats, de l'hémorragie, et des décollements séreux rétiens

III-3) ASPECTS CLINIQUES [15,16].

Le diagnostic de l'uvéite est purement clinique reposant sur un interrogatoire minutieux et sur un examen ophtalmologique complet. L'interrogatoire précise les signes fonctionnels et le mode d'installation de l'uvéite (aigüe < de 3 mois, chronique > de 3 mois). L'examen ophtalmologique doit préciser l'acuité visuelle, la topographie de l'uvéite (antérieure, intermédiaire, postérieure et panuvéite), l'intensité de la réaction inflammatoire, le caractère granulomateux ou non de l'uvéite et la présence ou non d'éventuels complications telles que la néo-vascularisation, l'hypertonie oculaire et l'œdème maculaire qui conditionnent le pronostic visuel.

Les signes ophtalmologiques fonctionnels et physiques diffèrent selon qu'il s'agit d'une atteinte antérieure, intermédiaire, ou postérieure.

Uvéite postérieure [15,16].

➤ Signes fonctionnels :

- Baisse de l'acuité visuelle plus sévère, par hyalite et foyer maculaire
- Myodésopsies ou mouches volantes liées au trouble vitréen (hyalite).
- Scotome, tache aveugle dans le champ visuel, en cas d'un foyer chorioretinien maculaire.

L'œil reste le plus souvent blanc et indolore si l'uvéite n'est que postérieure.

➤ Signes physiques :

L'examen permet d'objectiver :

- Dans le segment antérieur :

- Des précipités rétrodesmétriques
- Le Tyndall de la chambre antérieure
- Des synéchies iridocristalliniennes

- Dans le segment postérieur

- Un Trouble vitréen localisé ou diffus (hyalite) avec parfois des condensations inférieures (œufs de fourmis, banquise).
- Une chorioretinite : foyer blanc jaunâtre mal limité, peu saillant de localisation et de nombre variable. Des atteintes inflammatoires telles que les vascularites des artères ou des veines rétiniennes (engrainements des vaisseaux, parfois occlusions de branches), une papillite (œdème de la papille traduisant une névrite optique associée)
- Des cicatrices de foyers méconnus anciens.

Il est également important d'éliminer dès ce stade une pseudo-uvéite avant de confirmer le diagnostic d'uvéite et d'entamer le bilan étiologique. Les pseudos uvéites prennent volontiers le masque d'une inflammation oculaire mais il s'agit principalement d'infections bactériennes aiguës postopératoires ou d'affections malignes intraoculaires [15,16].

➤ Principales étiologies :

- Les uvéites d'origine infectieuse : Bactérienne (la tuberculose qui est l'atteinte la plus fréquente, la syphilis, la leptospirose, la brucellose, la

lèpre), Parasitaire (La toxoplasmose très fréquente, l'onchocercose), Virale (Uvéite herpétique, la rougeole, les oreillons, le VIH)

- Les uvéites symptomatiques d'une maladie systémique : la maladie de Behçet, la sarcoïdose, les spondyloarthropathies, le lupus érythémateux disséminé, la sclérose en plaque, la polyarthrite rhumatoïde....

IV- METHODOLOGIE

4-1) Cadre d'étude :

Centre hospitalier universitaire de l'Institut Ophtalmologique Tropical d'Afrique (CHU-IOTA) Il est situé dans la commune III entre l'Hôpital Gabriel Toure et le camp militaire il dispose d'un personnel qualifié, de matériels de pointe pour la prise en charge des malades. L'IOTA a été créé le 1er Octobre 1953 à Bamako. Il a intégré l'organisation de coopération et de coordination pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE) en 1960, une structure régionale regroupant huit (8) Etats (Benin, Burkina-Faso, Cote d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo). A la suite de la dissolution de cette organisation le 31 décembre 2000, l'IOTA appartient désormais au système sanitaire du Mali.

Ces missions principales dans le cadre de la lutte contre la cécité sont :

- Les soins ophtalmologiques de niveau tertiaire ;
- La formation spécialisée médicale et paramédicale en ophtalmologie et en optométrie ;
- La recherche clinique, épidémiologique et opérationnelle.

Par ailleurs les appuis et expertises à leur demande aux Etats de la sous-région Africaine et aux institutions nationales dans le domaine des soins oculaires, de la formation, de la recherche et de la lutte contre la cécité.

Les unités concernées par notre enquête sont :

- Les box de consultation ;
- Le service d'hospitalisation ;
- Le service d'échographie;
- Le service d'ophtalmologie pédiatrie ;

4-2) Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective non probabiliste, descriptive d'une année allant du 1er Mars 2019 au 29 Février 2020.

4-3) Population d'étude :

Tous les patients reçus en consultation pendant cette période d'étude au CHU-IOTA.

4-4) Critère d'inclusion

Tous les patients qui présentaient une uvéite postérieure (présence d'un foyer actif de chorioretinite), vu en consultation au CHU-IOTA durant notre période d'étude et consentant, quel que soit l'âge

4-5) Critère de non inclusion :

Tous patients qui ne présentaient pas une uvéite postérieure.

Tout patient non consentant.

Tous patients perdus de vue

4-6) Echantillonnage :

Echantillonnage non probabiliste des patients reçus durant la période d'étude ; répondant aux critères d'inclusion et consentant.

4-7) Matériels Utilisés :

Les matériels utilisés sont entre autres: l'échelle de Monoyer, la lampe a fente, l'ophtalmoscope, la lentille de volk, le verre a trois miroirs.

4-8) Variables :

Au cours de notre enquête nous avons étudié les variables suivantes : l'âge, le sexe, la provenance des patients, la profession, les aspects cliniques (l'acuité visuelle, la latéralité, le motif de consultation, les antécédents médicaux, la symptomatologie, le nombre de foyer chorioretinite, l'atteinte maculaire, l'atteinte rétinienne associée, l'étiologie de l'uvéite) ; les données biologiques (La numération formule sanguine, la sérologie toxoplasmique, la sérologie syphilitique, la sérologie rétro virose, le CRP, l'IDR à la tuberculine, l'HLA-B27).

4-9) Déroulement de l'étude :

L'enquête s'est déroulée dans les box de consultation du CHU-IOTA par les DES sous la supervision des médecins ophtalmologistes.

L'interview individuelle des patients s'est réalisée dans les box de consultation. Une fois le diagnostic de l'uvéite postérieure posé par un examen ophtalmologique complet, un bilan biologique a été demandé.

D'autres structures ont été sollicitées à la recherche d'une étiologie ceci pour une prise en charge efficace.

Le bilan général systémique consistait à :

- La numération formule sanguine
- La sérologie rétro virale
- La sérologie toxoplasmique avec titrage (IgG et IgM)
- La sérologie Syphilitique
- L'HLA-B27
- L'IDR à la tuberculine
- CRP

4-10) Support et collecte des données :

Le dossier médical et la fiche d'enquête ont été les supports de collecte.

4-11) Analyse des données :

Les données recueillies furent saisies et analysées sur le logiciel Statistique SPSS STATISTIC 20 et le traitement de texte a été fait sur Microsoft Word 2013. Les représentations graphiques ont été faites à partir du tableur Excel.

4-12) Définitions opérationnels :

- Uvéite Postérieure : correspond à l'inflammation de la choroïde souvent associé à celle de la rétine et ou du vitré.
- Foyers de Chorioretinite : c'est l'inflammation de la choroïde et de la rétine. Il est dit multiple à partir de 2 foyers. Il s'agissait de foyers de chorioretinite actifs.
- Hyalite : c'est l'inflammation du vitré.

- Foyer maculaire : on parle de foyer maculaire lorsque l'atteinte est située au niveau de la macula ou juxta maculaire ;
- La sérologie est positive en fonction de la positivité de l'immunoglobuline M.

4-13) Aspect éthique et déontologique :

L'enquête s'est déroulée dans la confidentialité, le respect et après le consentement éclairé des patients.

V- RESULTATS

Au cours de notre étude nous avons colligé 37 cas dont 39 yeux sur 69855 patients soit une fréquence de 0,05%.

5-1) Aspects sociaux démographiques

5-1-1) L'âge

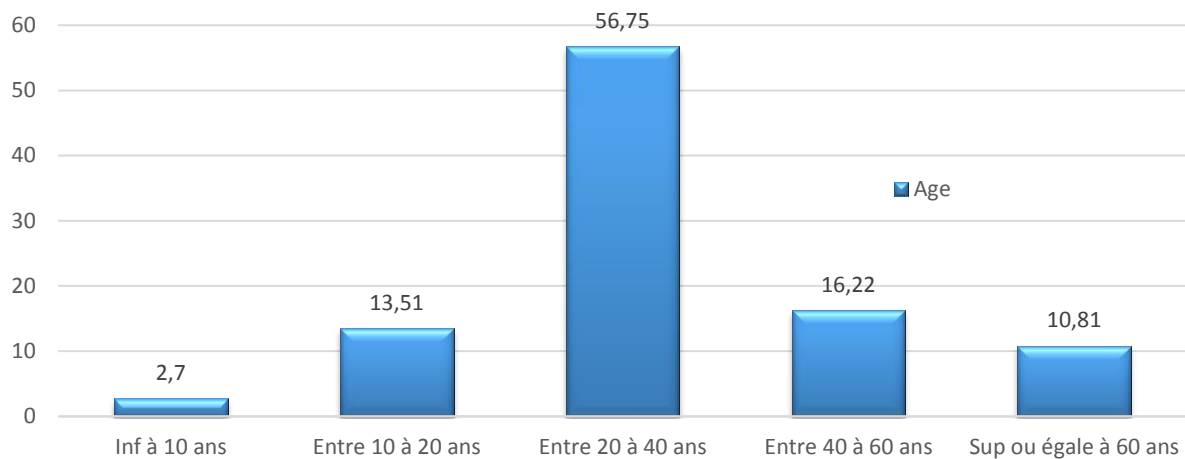


Figure 2 : Répartition selon l'âge

La tranche d'âge de 20 à 40 ans était la plus représentée avec 56,75%. L'âge moyen était de 33,3 ans avec dans l'extrême de 5 et 73 ans.

5-1-2) Le sexe

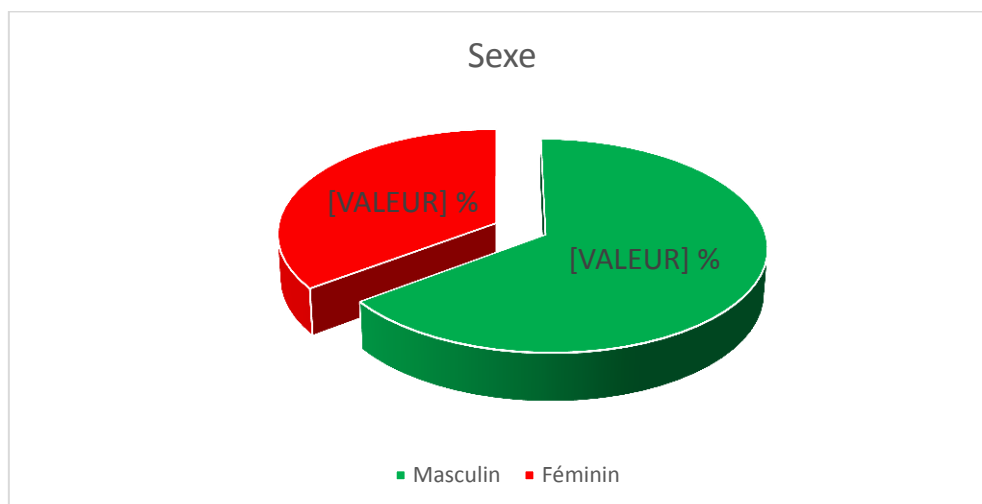


Figure 3 : Répartition selon le sexe

Le sexe masculin était le plus représenté avec 64,87%. Le sex ratio était de 1,84

5-1-3) La provenance

- Tableau I : Répartition selon la provenance.

| Résidence | Fréquence | Pourcentage (%) |
|-------------------|-----------|-----------------|
| Bamako | 30 | 81,10 |
| Intérieur du pays | 7 | 18,90 |
| Total | 37 | 100,00 |

Plus de la majorité de nos patients résidaient à Bamako soit 81,10%.

5-1-4) La profession

- Tableau II : Répartition selon la profession.

| Profession | Fréquence | Pourcentage (%) |
|----------------|-----------|-----------------|
| Fonctionnaire | 6 | 16,22 |
| Commerçant | 4 | 10,81 |
| Ouvrier | 3 | 8,10 |
| Cultivateur | 4 | 10,81 |
| Elève/Étudiant | 6 | 16,22 |
| Ménagère | 8 | 21,62 |
| Autres* | 6 | 16,22 |
| Total | 37 | 100,00 |

Autres*= Peintre, Gérant de station d'essence, Sans emploi, Imam, chauffeur, Footballeur

Les ménagères étaient les plus représentées avec 21,6%.

5-2) Aspects cliniques

5-2-1) Le motif de consultation

- Tableau III : Répartition selon le motif de consultation.

| Motif | Effectifs |
|-------------|-----------|
| BAV | 29 |
| Rougeur | 3 |
| Douleur | 3 |
| Larmoiement | 2 |
| Myodesoptie | 2 |
| Photophobie | 1 |
| Autre | 3 |

Autre*= Céphalées irradiant dans les yeux, référé pour OVCR, Bilan HTA

La BAV isolée était le motif de consultation le plus représenté soit 29 cas

5-2-2) La latéralité :

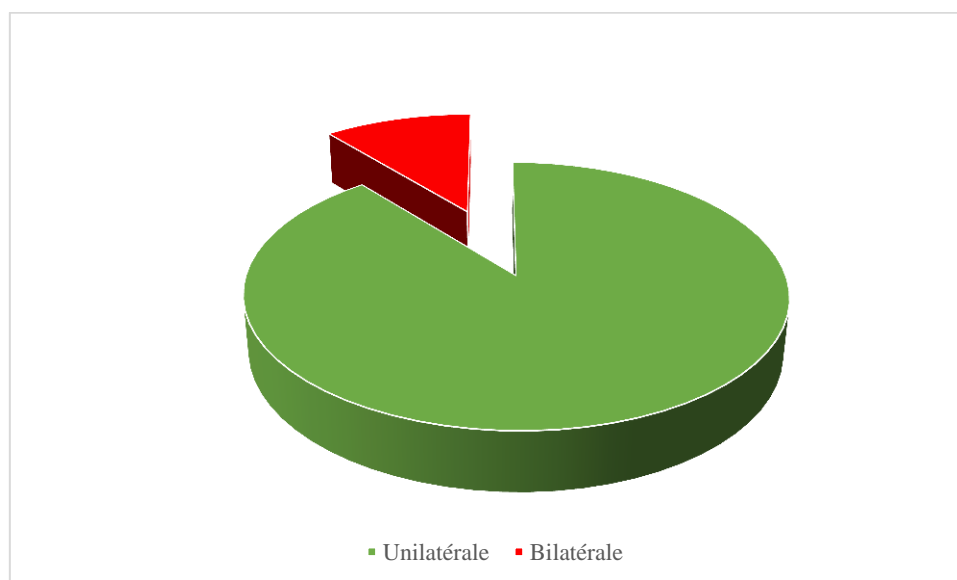


Figure 4 : Répartition selon la latéralité

La localisation unilatérale était la plus représentée soit 89,19%

5-2-3) Les antécédents

- Tableau IV : Répartition selon l'ATCD médical

| ATCD | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-----------------|-----------|-----------------|
| Récidive | 1 | 2,70 |
| Trauma oculaire | 4 | 10,81 |
| HTA | 4 | 10,81 |
| Diabète | 2 | 5,41 |
| Asthme | 1 | 2,70 |
| Aucun | 25 | 67,57 |
| Total | 37 | 100,0 |

L'HTA et le traumatisme oculaire étaient les ATCD les plus représentés avec 10,81%.

5-2-4) Acuité visuelle initiale

- Tableau V : Répartition des yeux selon l'acuité visuelle initiale.

| Acuité visuelle | Effectifs | Pourcentage(%) |
|----------------------|-----------|----------------|
| Inf. à 1/10 | 19 | 48,71 |
| Entre [1/10 et 3/10[| 9 | 23,09 |
| Sup ou égale à 3/10 | 10 | 25,64 |
| Indéterminée | 1 | 2,56 |
| Total | 39 | 100 |

Les yeux de nos patients avaient une AV inf. à 1/10 dans 48,71%

5-2-5) La sémiologie des uvéites

a°) La symptomatologie du segment antérieur

Tableau VI : Répartition des patients selon la symptomatologie du segment antérieur

| Symptômes | Effectifs |
|----------------------|-----------|
| Annexes (Anormal) | 8 |
| Cornée (PRD) | 3 |
| Cristallin (Opacité) | 7 |
| Pupille(Myosis) | 6 |

Dans la symptomatologie du segment antérieur l'atteinte des annexes était les plus représentées avec 8 cas.

b°) Les atteintes du vitré

Tableau VII : Répartition des yeux selon les atteintes du vitré.

| Atteintes vitré | Fréquence | Pourcentage (%) |
|------------------------|-----------|-----------------|
| Normal | 10 | 25,60 |
| Hyalite | 20 | 51,30 |
| Hémorragie | 1 | 2,58 |
| Filament vitréen | 4 | 10,26 |
| Condensation vitréenne | 4 | 10,26 |
| Total | 39 | 100,0 |

La hyalite était la plus représentée avec 51,30%

c°) Le foyer chorio-rétinien

- Tableau VIII : Répartition des yeux selon le nombre de foyer chorio-rétinite.

| Foyer chorio-rétinite | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-----------------------|-----------|-----------------|
| Unique | 33 | 84,20 |
| Multiple | 6 | 15,80 |
| Total | 39 | 100,0 |

La quasi-totalité des cas présentait un foyer unique avec 84,20%.

d°) L'atteinte maculaire

- Tableau VIII X : Répartition des yeux selon l'atteinte maculaire.

| Atteinte maculaire | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--------------------|-----------|-----------------|
| Oui | 12 | 30,76 |
| Non | 27 | 69,24 |
| Total | 39 | 100,0 |

L'atteinte maculaire représentait 30,76%.

e°) L'atteinte rétinienne associée

- Tableau IX : Répartition des yeux selon l'atteinte rétinienne associée

| Atteinte rétinienne Associée | Effectifs | Pourcentage (%) |
|------------------------------|-----------|-----------------|
| DDR | 4 | 10,25 |
| Rétinite pigmentaire | 2 | 5,12 |
| Atrophie rétinienne | 1 | 2,56 |
| Hémorragie rétinienne | 1 | 2,56 |
| Œdème rétinien du pôle | 1 | 2,56 |
| Aucune atteinte | 30 | 76,95 |
| Total | 39 | 100 |

Un décollement de rétine a été retrouvé chez 10,25% de nos patients.

f°) L'étiologie

- Tableau XI : Répartition des patients selon l'étiologie de l'uvéite.

| Etiologie | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-----------------------------|-----------|-----------------|
| Toxoplasmose | 18 | 48,65 |
| Rubéole | 1 | 2,70 |
| Toxoplasmose+ Tuberculose | 1 | 2,70 |
| Toxoplasmose+ Rubéole | 2 | 5,41 |
| Toxoplasmose+ VIH+ syphilis | 1 | 2,70 |
| Aucune | 14 | 37,84 |
| Total | 37 | 100,0 |

La toxoplasmose était l'étiologie la plus fréquente avec 48,65%.

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les limites et difficultés de l'étude

Au cours de ce travail, nous avons connu quelques difficultés notamment en période de suivis des patients :

- Le non-respect du rendez-vous de consultation pour les suivis thérapeutiques par certains patients.
- Le manque de moyens financier de certains patients pour effectuer les bilans étiologiques.
- Le taux élevé de perdu de vue des malades pendant le suivi thérapeutique.

Ces limites expliquent une sous-estimation des cas révélés

A-) ASPECT SOCIODEMOGRAPHIQUES :

En effet notre étude a duré un an et a inclus au total 39 yeux de 37 patients.

1. Fréquence

Pendant la période d'étude allant du 1er mars 2019 au 29 Février 2020, soit 12 mois, nous avons enregistré 37 cas d'uvéite postérieure sur 69855 patients consultés soit une fréquence de 0,05%. Notre échantillon est inférieur à ceux de **NAJLA M** [17] qui retrouva 19% durant 4 ans d'étude au service d'ophtalmologie du CHU Hassan II de Fès et **HANANE C** [18] qui a retrouvé 37,9% d'uvéite postérieure sur 3 ans d'étude dans le service de médecine interne de l'hôpital Al Farabi d'Oujda à Fès.

Cette différence peut s'expliquer par le fait que notre structure est une 3^e référence, les malades passent très souvent dans les structures secondaires pour les 1^{ere} consultations.

2. Age

L'âge moyen des patients présentant des uvéites postérieures rejoint celui de l'ensemble des uvéites. Les uvéites postérieures surviennent à tout âge, le plus souvent chez des sujets jeunes (quatrième décennie). Dans les pays occidentaux

L'uvéite postérieure est la deuxième forme d'uvéite par sa fréquence, chez l'enfant comme chez l'adulte ; et représente environ 15 à 30% des cas [4].

La tranche d'âge la plus dominante était celle comprise entre [20-40 ans] ce qui représente 56,8% des cas, suivie de la tranche d'âge de [40-60 ans] soit 16,2%, puis celle de [10-20 ans] (13,5%).

L'atteinte de l'enfant est moins fréquente. Une incidence de 6 à 8 % de l'ensemble des uvéites (adultes et enfants) semble pouvoir être retenue à partir des chiffres de la littérature [19-20].

3. Sexe :

L'uvéite postérieure atteint donc essentiellement le sujet jeune de sexe masculin en pleine activité physique et professionnelle d'où l'impact social de cette affection. Une prédominance masculine est retrouvée dans notre série (64,9%).

Plusieurs séries ont noté cette prédominance mais à un taux moins important que le nôtre. Par contre **LABBIOUI R** [25] au Maroc dans son étude a trouvé 53% de patients de sexe féminin. **KHAIRALLAH M et al** [26] dans leur étude ne notaient aucune prédominance de sexe.

4. Provenance :

La majorité de nos patients résidaient à Bamako principale grande ville soit 81,10%. Ce résultat est comparable à celui de F.Bakraoui en Tunisie qui retrouva 65% dans la grande ville de Fès.

5. Profession :

La profession ménagère était la plus représentée avec 21,6%. Ce résultat s'accommode avec la réalité de notre société car les femmes se retrouvent le plus souvent dans les ménages.

B-) ASPECTS CLINIQUES

1. Motif de consultation

La baisse de l'acuité visuelle était le signe majeur qui a poussé **29** de nos patients à consulter. Ce résultat est comparable à celui de la plupart des séries de publications [27,28]. La baisse de l'acuité visuelle représente naturellement

le signe qui alarme plus les patients et qui les pousse donc le plus à consulter en comparaison avec les autres signes comme la myodesopsie, la rougeur ou même la douleur périorbitaire dont ils semblent sous-estimer la gravité.

Dans l'étude de **MAALOUF G et al** [29], la baisse de l'acuité visuelle a été retrouvée chez tous les patients soit 100% des cas.

Dans la série de **LABBIOUI R** [25], la baisse de l'acuité visuelle était le motif le plus fréquent dans 74,10%, et **KABBAJ N** [30] a trouvé la rougeur oculaire dans 77,8% des cas.

2. Latéralité :

La latéralité des uvéites est variable selon les différentes séries, les atteintes unilatérales chez l'adulte représentent 26 à 68% des cas [31], notre étude a mis en évidence une atteinte unilatérale dans 89,19% des cas.

Par contre pour **BAKRAOUI F** [32], la localisation bilatérale était la plus fréquente avec 65% des cas dans son étude.

3. Les antécédents :

L'HTA et le traumatisme oculaire étaient les 2 ATCD les plus représentés dans notre étude avec 10,81%. Dans la littérature, ce résultat est supérieur à celui de **BAKRAOUI F** [32] qui a eu 5% d'ATCD d'HTA.

4. Acuité visuelle :

La baisse de l'acuité visuelle étant le principal signe alarmant de l'uvéite postérieure, notre étude a retrouvé 48,71% de nos patients qui avaient une acuité visuelle initiale inférieure à 01/10. Ce résultat est inférieur à celui de **BAKRAOUI F** [32] qui a eu 90% et supérieur à celui de **NAJLA M** [17] qui retrouva 31%.

5. La sémiologie :

Dans la symptomatologie du segment antérieur l'atteinte des annexes était les plus représentées avec 8 cas. Ce résultat est inférieur à celui de **BAKRAOUI F** [32] qui trouve 27 cas sur 6 ans. Cette différence de résultat est due au fait que notre étude s'est déroulée sur un an.

Dans la sémiologie de l'atteinte du vitré, la hyalite était la plus représentée soit 51,30% et la totalité de nos patients avaient au moins un foyer de chorioretinite. Ce taux est supérieur à celui de **HANANE C [18]** qui retrouva 41,8% (Hyalite) et 20,7% (Foyers chorioretinite). Il est aussi supérieur à celui de **BAKRAOUI F [32]** qui a eu 27,5% (Hyalite) et 22,5% (Foyer de chorioretinite). Cette différence est due au fait que la hyalite et le foyer de chorioretinite sont les principaux signes cliniques de l'uvéite postérieure. L'atteinte maculaire représentait 30,76% dont la plus part était des œdèmes maculaires associés à un foyer actif de chorioretinite.

6. Etiologies :

Récemment, une nouvelle classification clinique des uvéites établie par un comité d'experts internationaux (Standardization of Uveitis Nomenclature [SUN]), distingue les uvéites selon leur présentation anatomique et leur évolution. On distingue trois grands cadres étiologiques : les pathologies infectieuses, les maladies systémiques et inflammatoires et les entités ophtalmologiques pures [33].

Dans notre série, une étiologie est retrouvée dans 75,7% des cas, le reste des cas est représenté par les uvéites postérieures idiopathiques (24,3%). Ce résultat est supérieur à ceux retrouvés par **HANANE C [18]** et **KHAIRALLAH M et al [26]**, qui ont noté respectivement soit 53% contre 47% et 34% contre 66% des cas.

Dans la littérature, la fréquence des uvéites idiopathiques est très variable allant de 9 à 40 % dans les uvéites postérieures [34]. Dans notre série les étiologies sont dominées par la toxoplasmose retrouvées dans 48,65%, suivies de la rubéole chez 2,70%.

La première cause des uvéites postérieures est la toxoplasmose soit 48,65% des cas, ce résultat est supérieur à celui de **NAJLA M [17]** qui a trouvé dans son

étude 27,5% des cas. Par contre **BAKRAOUI F** [32] dans son étude la maladie de Behçet soit 45%, suivies de la sarcoïdose soit 7,5% et le lupus (5%).

Les étiologies de l'uvéïte postérieure sont dominées par la toxoplasmose oculaire, dont le diagnostic est généralement aisé, notamment devant la présence d'un foyer actif de rétinohoroïdite d'aspect blanchâtre, souvent satellite d'un foyer ancien, pigmenté ou atrophique.

La multitude des étiologies des UP explique la difficulté de prise en charge de cette affection.

Dans notre étude nous avons trouvés des cas particuliers d'uvéïte toxoplasmique associés à la tuberculose ou à la rubéole chez des patients immunocompétents dont la représentation des foyers était beaucoup plus en faveur de la toxoplasmose. Nous avons eu aussi un cas d'uvéïte toxoplasmique associé à la syphilis chez un malade immunodéprimé chez qui on a trouvé de multiples foyers diffus ressemblant à une rétinite à cytomégalovirus.

CONCLUSION

Notre étude consolidée par une revue de la littérature, rappelle que les uvéites postérieures constituent une pathologie grave touchant surtout l'adulte jeune de sexe masculin soit un taux de 64,87% en pleine activité professionnelle d'où l'impact sur le plan socio-économique. Le motif de consultation le plus fréquent était la baisse de l'acuité visuelle rencontrée chez **29** patients. La localisation unilatérale représentait 89,19%.

La multitude des étiologies des UP explique la difficulté de prise en charge de cette affection. Les étiologies les plus fréquentes dans notre contexte sont la toxoplasmose oculaire soit 48,65% et la rubéole soit 13,52%.

L'uvéite postérieure reste une pathologie grave et une cause importante de cécité.

RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, nous formulons quelques recommandations :

➤ **Aux autorités sanitaires et politico-administratives :**

- Mettre en place une politique nationale de lutte contre la toxoplasmose principale cause des uvéites postérieures dans notre étude.

➤ **Aux personnels sanitaires :**

- Référer le plus tôt possible tous les patients ayant pour motif de consultation la baisse de l'acuité visuelle vers les structures spécialisés pour une meilleure prise en charge.
- Aux médecins ophtalmologistes une meilleure collaboration interdisciplinaire pour la recherche étiologique et la prise en charge.
- Un examen ophtalmologique de façon systématique à la recherche des foyers d'uvéites postérieurs

➤ **A la population :**

- Faire des consultations ophtalmologiques régulières.
- Eviter l'automédication et la prise en charge dans des structures inadéquates.
- Eviter le contact avec les animaux domestiques hôtes porteurs de *Toxoplasma gondii* principale cause de l'uvéite postérieure dans notre étude.
- Respecter les mesures hygiéno-diététiques

RESUME :

L'uvéite est une inflammation de l'uvée, composée de l'iris, le corps ciliaire et la choroïde. Elle peut mettre en jeu le pronostic visuel des patients. L'uvéite postérieure est une affection rare chez l'enfant, sa prévalence est de 30 cas pour 100 000 habitants, elle représente 5 à 10 % de l'ensemble des uvéites. Le sexe ratio diffère considérablement selon les étiologies. Toutes causes confondues, il serait proche de 1 dans la majorité des études. Il s'agit d'une étude prospective non probabiliste, descriptive sur 1 an. L'UP représente 0,05% de la consultation dans notre service dont 64,87% était du sexe masculin avec un sexe ratio de 1,85. La majorité de nos patients résidaient à Bamako principale grande ville soit 81,10% et la profession ménagère était la plus représentée avec 21,6%. Le motif de consultation le plus fréquent était la baisse de l'acuité visuelle rencontrée chez **29** patients et la localisation unilatérale était la plus fréquente avec 89,19%. Dans la symptomatologie du segment antérieur l'atteinte des annexes était les plus représentées avec 8 cas.

Dans la sémiologie de l'atteinte du vitré, la hyalite était la plus représenté soit 51,30% et la totalité de nos patients avaient au moins un foyer de chorioretinite. L'atteinte maculaire représentait 30,76%. Une atteinte rétinienne associée a été retrouvé chez 24,32% de nos patients dont 10,25% de décollement de rétine partiel.

L'étiologie la plus dominante est la Toxoplasmose retrouvé chez 48,65%.

REFERENCES

1. **Vadot E** le bilan étiologie des uvéites. Bull soc oph Fr.1988; 5:719-23
2. **SANTIAGO M.F, EMILIO M.M** Uveitis. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. Vol. 20, No. 3, pp. 487–505, 2006
3. **Chang JH.** L'uvéite en médecine interne. Mémoire de spécialité en médecine interne, Hôpital de Rabta Tunisie 2002, 60-67
4. **Wakefield D, Chang JH** Epidemiology of Uveitis. International Ophthalmology Clinics. 2005; 45(2):1–13.
5. **Rothova A, Suttorp-van Schulten MS, Frits Treffers W, et al** Causes and frequency of blindness in patients with intraocular Inflammatory disease. Br J Ophthalmol. 1996 ;80 :332–6.
6. **N. MATOUSSI et Al** Les uvéites de l'enfant : étude de 18 observations, Archives de Pédiatrie 2007 ; 14(7) :856-860, Elsevier Masson.
7. **VADOT E, BARTH E, BILLET P** Epidemiology of uveitis : preliminary results of a study in the Savoy, In Uveitis Update. Elsevier Science, Orlando, USA; 1984; 1-16.
8. **GRITZ DC, WONG IG** Incidence and prevalence of uveitis in Northern California: the Northern California epidemiology of uveitis study. Ophthalmology 2004 ;111 :491-500.
9. **Martow J, J Deschenes, Baines MG et al** Modulation cellulaires par l'humeur aqueuse. Mc Gill ophtalmo 1991; 03:05.
10. Standardization of uveitis Nomenclature for reporting clinical data. Results of the first international workshop. Am j ophtalmo. Sep 2005; 140(3):509-16.
11. **Y. POULIQUEN**, précis d'ophtalmologie, Masson, 1984 ; 120-27
12. **H. SARAUX, C. LEMASSON, H. OFFRET, G.RENARD** Anatomie et histologie de l'oeil.1982 ; 117-154.

13. **Gritz, D** L'incidence et la prévalence des uvéites en Californie du nord, ophtalmologie. 2004; 111(3):491-500.
14. **S R RATHINAM, PNAMPERUMALSAMX** Global variation and pattern changes in epidemiology of uveitis, Indian, ophtalmo 2007; 55:173-83
15. **Dr Florian Tchapyguine, Pr Philippe Gain**, Faculté de médecine de Saint Etienne. Université Jean Monnet.2003 <https://uc.inc/2hMc1d?pub=link>
16. **B. BODAGHI, B. WECHLSER, N, CASSOUX P, et al** Uvéites chroniques sévères: Classification, démarche diagnostique et principes thérapeutiques. La revue de médecine interne .2003 ; 24 : 794-802
17. **NAJLA M** Profils épidémiologique, étiologique et thérapeutique des uvéites postérieures. Mémoire de spécialité en ophtalmologie, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Fès 2013
18. **HANANE C**, profil épidémiologique des uvéites au service de médecine interne. Thèse de médecine, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Fès 2013 ; n°139/13.
19. **FOSTER CS, BARRETT F** Cataract surgery and uveitis AD Foster P Guides –uveitis.org, 2018
20. **GILES CL, BLOOM JN**. Uveitis in childhood. Duanes Clin Ophthalmol 1992; 4:1-22.
21. **SOHEILIAN M, HEIDARI K, YAZDANI S, SHAHSAVARI M, AHMADIEH H, DEGHAN M** Patterns of uveitis in a tertiary eye care center in Iran. Ocul Immunol Inflamm 2004; 12:297-310.
22. **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; 79:64-68.
23. **SENGUN A, KARADAG R, KARAKURT A, SARICA OGLU MS, ABDIK O, HASIRIPI H** Causes of uveitis in a referral hospital in Ankara, Turkey. Ocul Immunol Inflamm 2005; 13:45-50
24. **TRAN VT, AUER C, GUEX-CROSIER Y, PITTET N, HERBORT CP**

Epidemiological characteristics of uveitis in Switzerland. *Int Ophthalmol* 1994-1995 ; 18 :293-298.

25. **R Labbioui**, Le profil épidémiologique des uvéites à propos de 201 cas, Thèse de médecine, Faculté de médecine et de pharmacie de FES, N° 036/10.

26. **KHAIRALLAH M, BEN YAHIA S, LADJIMI A, MESSAOUD R, ZAOUALI S, JENZRI S, ATTIA S** Etiologies des uvéites postérieures et des panuvéites au centre hospitalo-universitaire de Monastir, Tunisie. *Bull. Soc. Belge Ophtalmol*, 292,37-41, 2004. 37.

27. **WITMER R** Introduction à la symptomatologie d'uvéite. MC (Paris, France), *Ophtalmologie*. 1987 ;(10) : 2.

28. **M El BAKKALI, M HALHAL, M CHEFCHAOUNI et al** Uvéite tuberculeuse, *J Fr Ophtalmol* 2001 ; 24: 396.

29. **MAALOUF G, Z OSTA, F HADDAD, G MAALOUY** CA072 Uvéites : aspects cliniques et étiologiques, Médecine interne, Hôtel-Dieu de France Hospital, Beirut, Liban.

30. **KABBAJ N**, les uvéites en médecine interne, faculté de médecine et de pharmacie de MARRAKECH, 2010, N° 67.

31- **B BODAGHI, PHUC LE HOANG** ; uvéite ; Atlas en ophtalmologie ; Elsevier, 2009.

32. **BAKRAOUI F** Les uvéites postérieures en médecine interne (à propos de 40 cas). Thèse en médecine, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Royaume du Maroc 2019 N143

33-**NGUYEN AM, SEVEB P, LE SCANFFB J, GAMBRELLE J, FLEURY J, BROUSSOLLE C, GRANGE JD, KODJIKIAN L** Aspects cliniques et étiologiques des uvéites : étude rétrospective de 121 patients adressés à un centre tertiaire d'ophtalmologie. Société nationale française de médecine interne (SNFMI), 2010.

34. **CHANG JHM., WAKEFIELD D** Uveitis : a global perspective. *Ocular Immunology and Inflammation* 2002; 10:263-79.

35. **BREZIN AP, DELAIR BRIFFOD** Toxoplasmosse oculaire. EMC, Ophthalmologie 21-230-B-15,2003.

ANNEXES

Fiche d'enquête

I-Aspect sociodémographique

A-) **Date de consultation** _____ **Numéro du dossier** _____

B-) **Age** : 1 : < 10 ; 2 : [10-20[; 3 : [20-40[; 4 : [40-60[; 5 ≥ 60

C-) **Sexe** : 1-Masculin 2-Féminin

D-) **Résidence** :

1-Bamako ; 2-Intérieur du Pays ; 3-Hors du pays

E-) **Profession** :

1-Fonctionnaire ; 2-commerçant ; 3-Ouvrier ; 4-Elève/Étudiant ; 5-Ménagère ;
6-Autre à préciser.....

II-Aspect clinique :

Acuité visuelle : OD OG

1 : <1/10 ; 2 : [1/10 3/10[; 3 : ≥3/10

Motif de consultation :

1-Rougeur ; 2- Baisse de l'acuité visuelle ; 3-Douleur ; 4-Larmoiement ;5-
Photophobie ; 6-Autre à préciser.....

Antécédents :

Personnel oculaire :

1-Aucun ; 2-Trauma oculaire ; 3-Vice de réfraction ; 4-Chirurgie oculaire ; 5-
Glaucome ; 6-Autre à
préciser.....

Médical Général :

1- Aucun ; 2-HTA ; 3-diabète ; 4-Drépanocytose ; 5-Asthme ; 6-autre à
préciser.....

Latéralité :

1- OD 2-OG 3-ODG

Atteintes des annexes :

1- Normal ; 2- Anormal Si anormal
précisé.....

Atteintes du segment antérieur :

La cornée :

1- Normal ; 2- PRD 3- Autre à préciser.....

L'iris :

1- Normal ; 2- Anormal Si Anormal à préciser.....

Le cristallin :

1- Normal ; 2- Opacifié ; 3- Autre à
préciser...

La pupille :

1- Normal;2-Mydriase;3-Myosis;4-Synéchie;5-Autre à préciser.....

Atteintes du vitré :

1- Normal 2-Hyalite ; 3- DPV ; 4- Hémorragie ; 5- Autre à préciser.....

Foyer de chorioretinite :

1-Unique 2-Multiple

Atteinte Maculaire :

1-Oui 2-Non

Atteintes rétinienne associées :

1- DDR ; 2- Traction Vitré-rétinienne ; 3- Rétinite pigmentaire ; 4- DMLA ; 5-Autre à préciser.....

III-) Etiologie :

1- Aucune ; 2-Toxoplasmose ; 3- Maladie auto immune ; 4-Tumeur maligne ; 5- Autre à préciser.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom = TRAORE

Prénom = Tonkoro Mamadou

Date et lieu de naissance : 16 Octobre 1990 à Bamako

Titre de la thèse = les uvéites postérieures : Aspects épidémiologiques et cliniques au CHU IOTA de Mars 2019 à Février 2020

Année universitaire = 2019-2020.

Ville de soutenance = Bamako.

Pays d'origine = Mali.

Lieu de dépôt = Bibliothèque de la FMOS, bibliothèque du CHU IOTA

Secteur d'intérêt= Ophtalmologie, Santé publique.

RESUME : L'uvéite est une inflammation de l'uvée, composée de l'iris, le corps ciliaire et la choroïde. Elle réalise des tableaux divers et peut mettre en jeu le pronostic visuel des patients. Selon la classification de l'International Uveitis Study Group, l'uvéite postérieure (UP) correspond à l'inflammation de la choroïde et la rétine, il peut s'agir d'une choroïdite, d'une chorioretinite ou d'une neurorétinite. L'objectif de notre travail était de déterminer le profil épidémiologique et préciser les particularités cliniques de l'uvéite postérieure au CHU IOTA. Il s'agit d'une étude prospective réalisée à partir des dossiers médicaux, cette étude a porté sur un effectif de 37 patients reçu en consultation au CHU-IOTA, sur une période de 1 an allant du 01 Mars 2019 à 29 février 2020. Durant notre période d'étude, nous avons colligé 37 patients sur 69855 patients soit une fréquence de 0,05% dont 64,87% était du sexe masculin avec un sexe ratio de 1,85. La tranche d'âge la plus atteinte était comprise entre 20 et 40 ans soit 56,8%. La majorité de nos patients résidaient à Bamako principale grande ville soit 81,10%. La profession ménagère était la plus représentée avec 21,6%. Le motif de consultation le plus fréquent était la baisse de l'acuité visuelle rencontrée chez **67,57%** des cas et la localisation unilatérale était la plus fréquente avec 89,19%. L'hyalite était la plus représentée parmi les

atteintes des annexes avec 56,76%. La quasi-totalité des cas présentait un foyer unique de chorioretinite avec 89,20%. L'atteinte maculaire représentait 32,40%. Une atteinte rétinienne associée a été retrouvée chez 24,32% de nos patients dont 8,11% de décollement de rétine.

L'étiologie la plus dominante est la Toxoplasmose retrouvée chez 48,65%.

L'uvéite postérieure constitue une pathologie grave touchant surtout l'adulte jeune de sexe masculin en pleine activité professionnelle d'où l'impact social. La démarche diagnostique doit avant tout être orientée par le contexte et les données de l'examen ophtalmologique et général, puis complétée par un bilan adapté.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

