



## Cas clinique

### Décollement séreux rétinien révélateur d'une chorioretinite tuberculeuse : A propos d'un cas au centre de santé de référence de Niono

Serous retinal detachment revealing tuberculous chorioretinitis: About a case at the Niono reference health center

F Keita\*<sup>1</sup>, G Saye<sup>2</sup>, A Napo<sup>2</sup>, A Boro<sup>3</sup>, TAO Enoke<sup>4</sup>, N Guirou<sup>2</sup>, A Sogoba<sup>1</sup>, L Bagayoko<sup>1</sup>, B Oueloguem<sup>1</sup>,  
M Toure<sup>5</sup>, I Bamanta<sup>6</sup>, A Toure<sup>1</sup>, M Coulibaly<sup>2</sup>, A Guindo<sup>2</sup>

#### Résumé

**Introduction :** La tuberculose extra-pulmonaire (TEP) est définie par l'atteinte d'un site extrapulmonaire associée ou non à une atteinte pulmonaire. Elle a connu un regain d'intérêt en raison d'une augmentation de sa fréquence relative. La tuberculose est provoquée par une bactérie (*Mycobacterium tuberculosis*) qui touche le plus souvent les poumons. Elle peut être soignée et évitée.

**Méthodologie :** Nous avons rapporté le cas d'une patiente présentant un foyer de chorioretinite ODG révélateur d'une tuberculose généralisée

**Cas clinique :** Il s'agissait d'une femme de 33 ans sans antécédents qui consulte pour une baisse d'acuité visuelle de l'œil gauche progressive.

L'examen ophtalmologique retrouve une acuité réduite à 5/10 à gauche et 10/10 à droite avec un segment antérieur normal, et le fond d'œil révèle un foyer chorioretinien bilatéral paramaculaire avec un décollement séreux du neuroépithélium périlésionnel OG. Le bilan étiologique a montré une miliaire tuberculeuse pulmonaire. Après 6 mois de traitement antibacillaire plus une corticothérapie le foyer

chorioretinien ainsi que le DSR a régressé avec une récupération de l'acuité visuelle.

**Discussion :** Cette observation tire son originalité de par sa localisation oculaire bilatérale révélant une atteinte généralisée de la tuberculose et du fait de la lésion chorioretinienne qu'il est plus rare d'observer au cours d'une tuberculose.

**Conclusion :** L'atteinte oculaire de la tuberculose peut être révélatrice de cette affection et le traitement antibacillaire permet d'obtenir une amélioration rapide des lésions.

**Mots-clés :** chorioretinite, tuberculose, décollement séreux rétinien.

#### Abstract

**Introduction:** Extra-pulmonary tuberculosis (EPT) is defined by involvement of an extra-pulmonary site associated or not with pulmonary involvement. It has experienced renewed interest due to an increase in its relative frequency. Tuberculosis is caused by a bacterium (*Mycobacterium tuberculosis*) which most often affects the lungs. It can be cured and avoided.

**Methodology:** We reported the case of a patient with

a focus of ODG chorioretinitis revealing generalized tuberculosis.

Clinical case: This was a 33-year-old woman with no history who consulted for progressive visual acuity loss in the left eye.

Ophthalmologic examination found reduced acuity to 5/10 on the left and 10/10 on the right with a normal anterior segment, and the fundus revealed a bilateral paramacular chorioretinal focus with serous detachment of the perilesional neuroepithelium OG. The etiological assessment showed a miliary pulmonary tuberculosis. After 6 months of antibacillary treatment plus corticosteroid therapy, the chorioretinal focus and the RSD regressed with recovery of visual acuity.

Discussion: This observation derives its originality from its bilateral ocular localization revealing a generalized attack of tuberculosis and from the fact of the chorioretinal lesion which is rarer to observe during tuberculosis.

Conclusion: The ocular attack of tuberculosis can be revealing of this affection and the antibacillary treatment makes it possible to obtain a rapid improvement of the lesions.

Keywords: chorioretinitis, tuberculosis, serous retinal detachment.

---

## Introduction

La tuberculose est une maladie infectieuse due au *Mycobacterium tuberculosis*, qui atteint le plus souvent les poumons mais peut atteindre d'autres organes. La transmission est interhumaine par voie aérienne, à partir des formes respiratoires de la maladie. Elle est l'une des 10 premières causes de mortalité dans le monde et entraîne 1,8 million de décès chaque année. Six pays totalisent 60% des 10 millions de cas mondiaux, avec l'Inde en tête, suivie de l'Indonésie, de la Chine, du Nigéria, du Pakistan et de l'Afrique du Sud. [1]

C'est la première cause de mortalité et de morbidité infectieuse dans les pays en voie de développement

où elle sévit à l'état endémique. L'augmentation des cas d'infection par le VIH ou syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a été impliquée dans l'incidence croissante de cette affection dans les pays industrialisés [2]. Les manifestations oculaires de la tuberculose sont non spécifiques et polymorphe, elle peut se voir dans le cadre d'une primo-infection tuberculeuse ou de lésions secondaires à une tuberculose générale, réalisant divers tableaux cliniques et entraînant une perte visuelle sévère en l'absence d'un traitement précoce et adapté. Ces caractéristiques cliniques sont à l'origine de sa difficulté diagnostique [3]

## Méthodologie

Nous avons rapporté le cas d'une patiente présentant un foyer de chorioretinite ODG révélateur d'une tuberculose généralisée

## Cas clinique

Il s'agissait d'une patiente de 33 ans, sans antécédent particulier consultant pour photophobie et baisse d'acuité visuelle progressive évoluant depuis un mois, l'examen ophtalmologique objectiva à l'œil droit une acuité visuelle de 10/10 un segment antérieur normal. Le fond d'œil retrouve un foyer chorioretinien paramaculaire en supérieur. L'acuité visuelle à l'œil gauche était de 5/10 avec un segment antérieur normal. Le Fond d'œil retrouve un foyer chorioretinien en supéro-temporale avec un décollement séreux du neuroépithélium (Figure 1). L'angiographie à la fluorescéine conclue à une choroïdite active paramaculaire (Figure 2).

La numération formule sanguine retrouve une anémie microcytaire normochrome, une hyperthrombocytose et une lymphopénie. La vitesse de sédimentation était accélérée. La sérologie TPHA/VDRL, Toxo, et VIH était négative. L'IDR à la tuberculine était négative, le crachat BAAR était positif à trois croix sur les échantillons. La radiographie pulmonaire montre des micronodules diffusent sur tous les champs

pulmonaires (Figure 3). En collaboration avec les internistes la patiente a été mise sous traitement anti bacillaire (2SHRZ/4RH) associé à une corticothérapie générale,

L'évolution a été marquée par une cicatrisation des lésions, la résorption du DSR au Fond d'œil (Figure 4) et la disparition des micronodules a la radiographie pulmonaire (Figure 5).

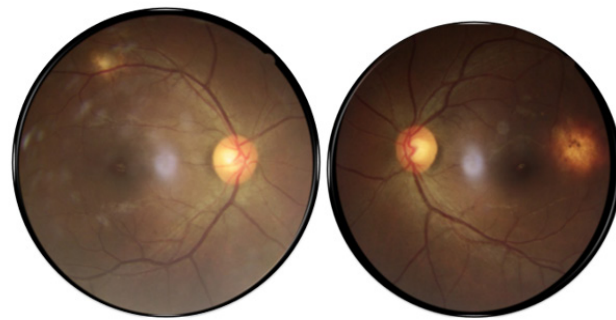


Figure 4 : Foyer chorioretinien cicatriciel ODG et résorption du DSR OG après 6 mois de traitement

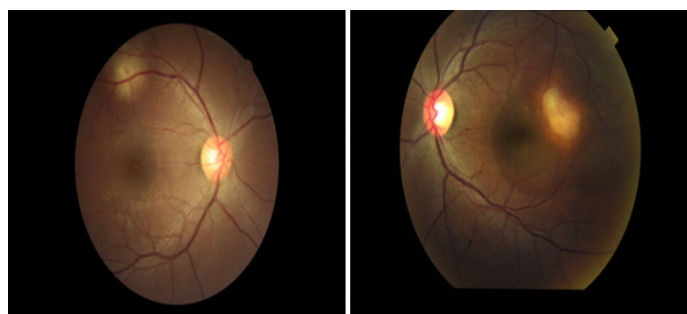


Figure 1 : foyer chorioretinien active ODG avec un décollement séreux du neuroépithélium OG

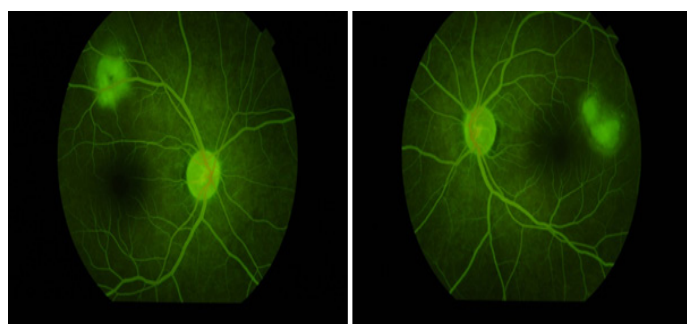


Figure 2 : AGF montrant une choroïdite hyperfluorescente a ODG



Figure 3 : Micronodule diffuse sur tous les champs pulmonaires

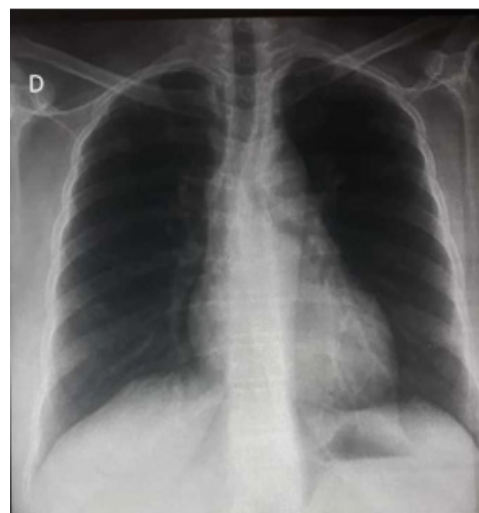


Figure 5 : Disparition des micronodules a la radiographie pulmonaire après 6 mois de traitement

## Discussion

Dans notre observation, la localisation était chorioretinienne secondaire a une tuberculose pulmonaire.

Les atteintes oculaires les plus fréquentes au cours de la tuberculose sont les atteintes uvéales, cependant toutes les structures oculaires peuvent être atteintes. S. GARGOURI et al. Sur une série de 3 cas la localisation était choroïdienne dont un cas avec un décollement séreux rétinien [4].

Nabil A et al sur une série de 21 cas ont trouvés des localisations sclérale et cornéenne en plus de la localisation choroïdienne [5].

L'uvéite tuberculeuse se traduit par un granulome tuberculeux, des tuberculomes choroïdiens qui sont des lésions blanc-jaunâtre ne dépassant pas la  $\frac{1}{2}$  du diamètre papillaire et pouvant disséminer

dans le vitré, entraînant une hyalite voir même une endophtalmie ou une panophtalmie [6]. Le diagnostic de tuberculose oculaire, en l'absence de lésion accessible à l'examen anatomopathologique, se base sur des éléments de présomption qui sont les critères anamnestiques (notion de contagé), les lésions extra-oculaires, la positivité de l'IDR, la positivité de la recherche du génome du bacille de Koch par la méthode de polymérase chain reaction (PCR) [7].

Le traitement de la tuberculose oculaire rejoint celui de la forme pulmonaire

Dans notre cas nous avons prescrit un traitement antibacillaire pour une durée de 6 mois selon le protocole :

Une quadrithérapie de 2 mois : Isoniazide, Rifampicine, Pyrazinamide et Ethambutol suivie d'une bithérapie : Isoniazide et Rifampicine pendant quatre mois.

Ce schéma thérapeutique est similaire à celui proposé par l'OMS dans le rapport 2021 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde [8] et à l'étude faite par le Pr Tattevin P sur le traitement de la tuberculose [9].

## Conclusion

La tuberculose est une cause importante d'uvéïte, dont le diagnostic reste difficile, car il s'agit le plus souvent de tuberculoses latentes.

L'IDR à la tuberculine doit faire partie du bilan classique d'uvéïte, et un traitement d'épreuve doit être envisagé au moindre doute.

## \*Correspondance

KEITA Founè

[nefoude@gmail.com](mailto:nefoude@gmail.com)

Disponible en ligne : 28 Juillet 2022

1 : Centre de Santé de Référence de Niono, Mali

2 : Centre Hospitalo-Universitaire d'Institut d'Ophtalmologie

Tropicale Afrique, Mali

3 : Centre de Santé de Référence de Kita, Mali

4 : Centre de Santé de Référence de la Commune I, Mali

5 : Centre de Santé de Référence de Koutiala, Mali

6 : Hopital Sominè Dolo de Mopti, Mali

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2022

**Conflit d'intérêt :** Aucun

## Références

- [1] <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/infections/tuberculose-et-infections-apparentées/tuberculose>. Consulté le 13/04/2022
- [2] Martinson N, Hoffmann C, Chaisson R. Epidemiology of tuberculosis and HIV : recent advances in understanding and responses. Proc Am Thorac Soc. 2011 Jun ;8(3) :288–
- [3] Demirci H, Caro Shields L, Jerry Shields A, Ralph Eagle C Jr. Ocular tuberculosis masquerading as ocular Tumors. Survey of Ophthalmology. 2004 Jan-Feb ;49(1):78–
- [4] S Gargouri, I Abid zone, I Kaibi et al; choroïdite multifocale et tuberculose oculaire. J.I.M. Sfax, N025, Février 17, 74-76
- [5] [www. SFO.online.fr/session/media/438](http://www.SFO.online.fr/session/media/438) la tuberculose oculaire à propos de 21 cas
- [6] Tabbara KF, Hyndiuk RA. Infections of the Eye. 1th ed, Boston, Little, Brown 1986.
- [7] Nussenblatt RB, Palestine AG. Uveitis: Fundamentals and Clinical Practices Yearbook Medical, 1th ed, Chicago, 1989.
- [8] Résumé du rapport 2021 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. [www.who.int/tb/data](http://www.who.int/tb/data) consulté le 13/04/2022
- [9] Tattevin P. Le traitement de la tuberculose en 23007, 37 :617-628.

## Pour citer cet article :

F Keita, G Saye, A Napo, A Boro, TAO Enoke, N Guirou et al. Décollement séreux rétinien révélateur d'une chorioretinite tuberculeuse : A propos d'un cas au centre de santé de référence de Niono. Jaccr Africa 2022; 6(3): 122-125