



L'œil des patients souffrant de connectivites à Cotonou (Bénin)

The eye of connectivitis patients in Cotonou (Benin)

Zomalhèto Z^{1,*}, Legheda L², Dossou-yovo H¹, Gounongbé M¹, Sounouvou I²

¹ Service de rhumatologie du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou, Bénin

² Service d'ophtalmologie du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou, Bénin

* **Auteur correspondant:** Service de rhumatologie du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou, Bénin

Université d'Abomey-calavi BP 2139 Abomey-calavi (Bénin)

Email: zozaher@yahoo.fr

Tel: (+229) 95017779

Reçu le 14 janvier 2017, accepté le 09 juillet 2017 et mise en ligne le 31 août 2021

et article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>)

Introduction: déterminer la fréquence hospitalière et les facteurs associés aux atteintes oculaires au cours des connectivites au Bénin.

Matériels et méthodes: étude transversale de 6 mois portant sur les patients suivis dans l'unité de rhumatologie de Cotonou pour une connectivite. Le diagnostic de connectivite a été retenu selon les différents critères diagnostiques usuels. Le diagnostic d'atteinte oculaire a été posé après examen ophtalmologique de 2 ophtalmologistes. Les données recueillies ont été analysées grâce au logiciel épi info 6.0.

Résultats: sur 9785 patients reçus dans l'unité de rhumatologie, 127 (1,3%) avaient une connectivite. Le sex-ratio était de 0.21. L'âge moyen des patients était de $35,2 \pm 5,2$ [18-71] ans. Soixante-dix patients (%) avaient une plainte oculaire. Il s'agissait surtout de flou visuel (26,7%), de prurit (21,9%), de sensation de grain de sable (16,5%). Les manifestations se présentaient comme suit : conjonctivite chronique (56,7%), syndrome sec (30,5%), sclérite et l'épisclérite (4,6%), l'uvéite (13,3%). La durée d'évolution de la connectivite > 5ans, la positivité des anticorps, le traitement par antipaludéen de synthèse étaient associés à la survenue des symptômes avec respectivement ($p < 0,001$; $< 0,01$ et $< 0,03$).

Conclusion: les atteintes oculaires occupent une place non négligeable parmi les complications liées aux connectivites à Cotonou. Elles imposent un dépistage précoce et une prise en charge rapide.

Mots-clés: Oeil, Connectivite, Cotonou.

Background and Purpose: to determine hospital frequency and factors associated with ocular damage during connective tissue disease in Benin.

Methods: a 6-month cross-sectional study of patients followed in the Cotonou rheumatology unit for connective tissue disease. The diagnosis of connective tissue was selected according to the usual diagnostic criteria. The diagnosis of ocular involvement was made after ophthalmologic examination of 2 ophthalmologists. The data collected were analyzed using the epi info 6.0 software.

Results: of 9785 patients seen in the rheumatology unit, 127 (1.3%) had connective tissue disease.

The sex ratio was 0.21. The mean age of the patients was 35.2 ± 5.2 [18-71] years. Seventy (70) patients presented an ocular complaint. This was mainly visual blur (26.7%), pruritus (21.9%), sand sensation (16.5%). The manifestations were as follows: chronic conjunctivitis (56.7%), dry syndrome (30.5%), scleritis and episcleritis (4.6%), uveitis (13.3%). The duration of connectivity > 5 years, the positivity of the antibodies, the treatment with synthetic antimalarial were associated with the occurrence of symptoms with respectively ($p < 0.001$; < 0.01 et < 0.03).

Conclusions: Eye injuries are a significant part of the complications associated with connective tissue infections in Cotonou. They require early detection and early management.

Keywords: Eye, Connectivity, Cotonou

1. Introduction

Les manifestations cliniques des rhumatismes inflammatoires chroniques sont diverses. Elles sont d'ordre articulaire et extra-articulaire. Ces dernières prennent une part importante dans le pronostic vital mais aussi fonctionnel de la maladie [1]. L'œil et ses annexes constituent de fréquentes cibles de l'inflammation qui peut être d'origine infectieuse, allergique mais aussi liée à une maladie auto-inflammatoire ou auto-immune comme les connectivites [2]. L'atteinte oculaire représente moins de 10% des atteintes viscérales dans les rhumatismes inflammatoires chroniques en général qu'il s'agisse d'une polyarthrite rhumatoïde, d'une connectivite majeure, mineure ou mixte ; l'œil constitue une cible de la maladie mais aussi celle du traitement [3]. La plupart de ces manifestations reste bénigne et se développe à long terme mais ces manifestations peuvent menacer le pronostic oculaire. Il peut s'agir d'une atteinte cornéenne, d'une épisclérite, d'une sclérite, d'une uvéite ou d'une maculopathie [4-9]. Contrairement aux pays développés où la prévalence de l'atteinte oculaire au cours des connectivites est bien connue, cette atteinte extra-articulaire est peu décrite dans les données africaines [4,5].

L'objectif de ce travail a été de déterminer la fréquence hospitalière et les facteurs associés aux atteintes oculaires au cours des connectivites au Bénin.

2. Patients et méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique de 6 mois d'octobre 2016 à Mars 2017 portant sur 127 patients suivis dans l'unité de rhumatologie de Cotonou pour une connectivite. Les patients inclus dans l'étude répondaient aux critères suivants :

- être suivi régulièrement dans le service de rhumatologie du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) pour une connectivite
- avoir donné son consentement à l'étude

Dans un premier temps, un recensement de 127 patients souffrant de connectivite. Le diagnostic de connectivite a été retenu sur la base des différents critères diagnostiques suivants :

- ACR/EULAR 2009 pour la polyarthrite rhumatoïde,
- ACR 1997 pour le lupus systémique et ACR 1989 pour la sclérodermie systémique
- TANIMOTO 1995 pour la Polymyosite
- Communauté Européenne 1993 pour le Goujerot Sjogren,
- SHARP pour les connectivites mixtes.

Dans un deuxième temps, tous les patients suivis et ayant donné leur consentement ont bénéficié d'un examen ophtalmologique. Chaque patient consentant a bénéficié un examen ophtalmologique qui comprenait pour chaque patient :

- l'acuité visuelle a été évaluée par l'échelle de MONOYER et l'échelle de SNELLEN. Une réfractométrie automatique a été réalisée chez certains patients ayant présenté une baisse d'acuité visuelle améliorable au trou sténopéique,
- la réalisation du test de Schirmer ,
- l'examen des annexes et du segment antérieur à la lampe à fente,
- l'examen du pôle postérieur réalisé à l'ophtalmoscopie direct avec ou sans dilatation.
- la motilité oculaire évaluée par l'étude des ductions et des versions.
- la mesure du tonus oculaire réalisée avec le tonomètre à aplanation de Goldmann,
- la réalisation du champ visuel était faite en cas de suspicion d'excavations papillaires pathologiques,
- la vision des couleurs

Toutes les atteintes oculaires ont été recherchées activement par deux ophtalmologistes différents du CNHU-HKM de Cotonou. Au décours de l'examen des patients, ces derniers ont reçu des prescriptions appropriés.

Les données recueillies ont été analysées grâce au logiciel épi info 6.0.

3. Résultats

Données épidémiologiques

Sur 9785 patients vus dans l'unité de rhumatologie, 127 (1,3%) avaient une connectivite. Il y avait 22 hommes pour 105 femmes (sex-ratio= 0,21). L'âge moyen des patients était de 35,2± 5,2 avec des extrêmes de 18 ans et 71 ans.

Données cliniques

Soixante-dix (55,1%) patients rapportaient une plainte oculaire et seul le quart des sujets avaient bénéficié d'une consultation antérieure pour symptôme oculaire. Il s'agissait surtout de flou visuel (26,7%), de prurit (21,9%), de sensation de grain de sable (16,5%). Les différents connectivites et les symptômes oculaires identifiés sont résumés dans les tableaux n°1 et 2.

Tableau 1: répartition des connectivites

	Effectif (%)
Polyarthrite rhumatoïde	101 (83,5)
Lupus systémique	19 (15)
Sclérodermie	1 (1,6)
Syndrome de Gougerot Sjögren	1 (0,8)
Dermatopolymyosite	1 (0,8)
Connectivite mixte	3 (2,3)
Total	127 (100)

Tableau 2: symptômes oculaires

	Effectif (%)
Flou visuel	19 (27,1)
Prurit	16 (22,8)
Sensation de grain de sable	12 (17,1)
Larmolement	9 (12,8)
Rougeur	8 (11,4)
Douleur	7 (10)

Les divers symptômes ont été responsables des principales manifestations suivantes: conjonctivite chronique (56,7%) et syndrome sec (30,5) Les tableaux n° 3 et 4 et les figures n°1 et 2 rendent compte des diverses manifestations oculaires liées à la maladie et au traitement.

Tableau 3: manifestations liées à la maladie

	Effectif (%)
Conjonctivite chronique	72 (56,7%)
Syndrome sec	39 (30,5%)
Uvéite	17 (13,3%)
Sclérite et épisclérite	6 (4,6%)

Tableau 4: manifestations liées au traitement

	Effectif (%)
Maculopathie par hydroxychloroquine	14 (11)
Cataracte sous capsulaire postérieure / corticoïde	12(9,4)



Figure 1:
Maculopathie de l'œil gauche chez un patient traité
par hydroxychloroquine



Figure 2: cataracte sous-capulaire postérieure
d'origine cortisonique

Facteurs associés

La durée d'évolution de la connectivite > 5ans, la positivité des anticorps, le traitement par antipaludéen de synthèse étaient associés à la survenue des symptômes avec respectivement ($p < 0,001$; $< 0,01$ et $< 0,03$).

4. Discussion

Les atteintes oculaires des connectivites sont relativement plus fréquentes chez nos patients que celles décrites couramment dans la littérature occidentale où les fréquences sont comprises entre 20 et 25 % [8-11]. Cependant la fréquence trouvée dans notre série reste semblable à celle d'autres études menées dans d'autres populations africaines avec un taux entre 45 et 50 % [4,5]. L'atteinte de l'œil reste donc la 3ème atteinte des manifestations cliniques des connectivites dans notre pays après l'atteinte articulaire et cutanéomuqueuse. Elle est plus fréquente que les

manifestations viscérales graves telles que l'atteinte pleuro-pulmonaire, cardiaque et rénale [12]. L'atteinte oculaire est demeurée muette chez plus de la moitié de nos patients ; ce qui implique une recherche systématique de ces lésions chez tout patient souffrant de connectivite par un examen ophtalmologique complet.

La conjonctivite chronique, le syndrome sec oculo-buccal et l'uvéite antérieure ont été les principales manifestations oculaires liées à la maladie elle-même tandis que les atteintes habituelles dans la littérature restent l'épisclérite (20%), le syndrome de Gougerot-Sjögren (11 à 13%) et la sclérite (1,6% à 6% des cas) [10-13].

L'âge, la durée d'évolution de la connectivite > 5ans, la positivité des anticorps, le traitement par antipaludéen de synthèse étaient associés à la survenue des symptômes oculaires. L'âge moyen autour de la quarantaine a été retrouvée comme facteurs associés dans les travaux africains [4,5] alors qu'elles sont classiquement rapportées à un âge moyen de 60 ans dans la les séries caucasiennes [10,13]. L'âge jeune des sujets souffrant de connectivite et l'absence de dépistage précoce des atteintes oculaires pourraient expliquer cette association dans nos travaux.

De même, la durée d'évolution a également été retrouvée comme facteur associé dans la littérature avec un délai moyen d'apparition de 10 ans après le début de la maladie [12].

Le rôle des anticorps dans l'apparition des manifestations extra-articulaires a été démontré dans la littérature et plus le taux des anticorps est élevé plus le risque d'apparition de manifestations extra-articulaires reste grand [14,15].

Quant aux traitements, la corticothérapie avec une dose supérieure à 10 mg de prednisone par jour constitue un grand risque de survenue de complications oculaires à type de cataracte sous-capsulaire postérieure [16].

Les traitements de fond des connectivites ont également été incriminés dans la survenue des manifestations oculaires. Le rôle des antipaludéens de synthèse dans l'apparition des maculopathies est clairement établi. Ces dernières sont fortement liées à la dose cumulée plutôt que la durée [17]. Le méthotrexate pourrait également être source de complications oculaires. Le méthotrexate est réputé avoir comme effet indésirable une baisse de l'acuité visuelle après 8 ans de prise [18]. Le rôle des autres traitements de fond dans la survenue des complications oculaires n'est pas clairement établi.

5. Conclusion

Les connectivites sont des pathologies insidieuses sur le plan oculaire et ces manifestations ne soient pas rares. Les atteintes oculaires spécifiques sont rares notamment les sclérites et les épisclérites. La thérapeutique peut également être source de complications qu'il faudra surveiller activement afin d'éviter des complications graves irréversibles.

Conflits d'intérêts : aucun

Références

1. King TE Jr. Connective tissue disease. In: Schwartz MI and King TE Jr, eds. *Interstitial lung disease*: B.C. Decker Inc 1998;451-505.
2. Flament J, Storck D. *Œil et pathologie générale*. Paris : Masson ; 1997 ; 822p..
3. Roussat B, Roussat J. *Oeil et maladies systémiques*. *Encycl Med Chir. Ophtalmologie*, Paris : Elsevier ; 21 452- E-10, 1987, 8 p
4. Korbaa W, Zrour S, Dimassi R. Manifestations oculaires au cours de la polyarthrite rhumatoïde. *J Fr Ophtalmol* 2005;78(10-11):1048
5. Diomandé M. Manifestations oculaires au cours de la polyarthrite rhumatoïde : à propos de 24 cas vus à Abidjan. *Mali médical* 2014;19(3);33-5.
6. Bardin T, Ayoub G, Dieudé P, Lioté H, Richette P, Lioté F. Manifestations systémiques de la polyarthrite rhumatoïde. In: Gillevin L, Meyer O, Sibilia J, eds. *Traité des maladies et syndrome systémiques*. Paris: Flammarion MédecineSciences 2008:357-409.
7. Hazleman BL, Watson PG. Ocular complication of rheumatoid arthritis. *Clin Rheum Dis* 1977;3:501.

8. Matsuo T, Kono R, Matsuo N, Ezama K, Natsumeda M, Soda K, et al. Incidence of ocular complications in rheumatoid arthritis and relation of keratoconjunctivitis sicca with systemic activity. *Scand J Rheumatol*, 1997;26(2):113-6.
9. Hart C, Ferdinands M, Barnsley L. Ocular complications of rheumatic diseases. *Med J Aust* 2017;206(5):224-8.
10. Bobrzyk M, Łabuzek K, Orski M, Tarnawska D, Okopień B. Ocular symptoms in rheumatic diseases. *Pol Merkur Lekarski* 2014;36(215):357-60.
11. Petris CK, Almony A. Ophthalmic manifestations of rheumatologic disease: diagnosis and management. *Mo Med* 2012;109(1):53-8.
12. Z Zomalhèto, S Adé, A Agbodandé, M Gounongbé, M Avimadjè. Manifestations pleuro-pulmonaires au cours des connectivites chez les sujets ouest-africains dans un pays à ressources limitées. *Rev Mar Rhum* 2015;32: 22-5
13. Vukojević N. .Eye in rheumatic diseases. *Reumatizam*. 2011;58(2):13-23
14. Bettero RG, Cebrian RF, Skare TL. Prevalence of ocular manifestation in 198 patients with rheumatoid arthritis : a retrospective study. *Arq Bras Oftalmol* 2008 ;71(3):365-9.
15. Ammapati P, Pandian V ,Renuka S. Ocular manifestations of rheumatoid arthritis and their correlation with anti-cyclic citrullinated peptide antibodies. *Clin Ophthalmol* 2015;9:393–7.
16. Fel A, Aslangul E, Jeune C. Indications et complications des corticoïdes en ophtalmologie. *La presse médicale* 2012;27:377-87
17. Ingste-Moati I, Crochet M, Manchon E. Surveillance ophtalmologique des patients sous APS au long cours : analyse d'une population de 925 patients. *J Fr Ophtalmol* 2004 ;27(4):367-73.
18. Ponjavic V, Gränse L, Stigmar EB, Andréasson S. Reduced full-field electroretinogram (ERG) in a patient treated with methotrexate. *Acta Ophthalmol Scand*, 2004;82(1):96-9