

Syndrome de Sjögren primitif: une cause rare d'uvéite.

1^{er} Auteur : ACHRAF, EL KABLI, MEDECIN RESIDENT, MEDECINE INTERNE, CHU IBN ROCHD, CASABLANCA, MAROC .

Autres auteurs, équipe:

- JAHOU, AMINA, médecin résident, médecine interne, chu ibn Rochd, Casablanca, Maroc .
- KHADIJA, ECHCHILALI, professeur de l'enseignement supérieur, médecine interne, chu ibn Rochd, Casablanca, Maroc .
- MINA, MOUDATIR professeur de l'enseignement supérieur, médecine interne, chu ibn Rochd, Casablanca, Maroc .
- HASSAN, EL KABLI, professeur de l'enseignement supérieur, médecine interne, chu ibn Rochd, Casablanca, Maroc .

INTRODUCTION:

Le syndrome de Sjögren primitif (SSP) est une maladie auto-immune chronique à tropisme glandulaire caractérisée essentiellement par une xérophtalmie et une xérostomie. Le SSP peut provoquer des manifestations oculaires extra glandulaires graves menaçant la vision notamment l'uvéite qui reste exceptionnelle.

OBSERVATION MÉDICALE:

Patiente âgée de 65 ans suivie pour une hypothyroïdie périphérique sous traitement qui présente depuis 2 ans une atteinte oculaire révélée par une baisse de l'acuité visuelle bilatérale d'installation progressive et une rougeur oculaire, l'examen ophtalmologique a objectivé une panuvéite bilatérale (Tyndall au niveau de la chambre antérieure à deux croix, une hyalite et deux foyers chorioretiniens) compliquée d'un œdème maculaire avec une acuité visuelle (AV) sans correction à 1/10 en bilatéral associée à un BUT inférieur à 10 sec et un test de Shirmer inférieur à 5 mm. L'interrogatoire a révélé la présence d'un syndrome sec oculaire et buccal subjectifs avec une notion d'arthralgies inflammatoires, le reste de l'examen clinique était sans particularités en dehors d'une parotidomégalie bilatérale.

Au bilan paraclinique: sérologies infectieuses (syphilitique, toxoplasmique, VIH, CMV, HSV, Bartonella, maladie de Lyme) étaient négatives, le bilan phosphocalcique et l'ECA étaient normaux, la biopsie des glandes salivaires accessoires a montré une sialadénite chronique stade 4 et le bilan immunologique retrouvait des anticorps anti-SSA et anti-SSB positifs. À noter absence de signes cliniques et biologiques d'autres connectivites.

Le diagnostic de SSP a été retenu devant les critères de l'ACR/EULAR 2016.

Sur le plan thérapeutique devant la sévérité de l'atteinte oculaire la patiente a reçu un bolus de méthylprednisolone 1g pendant 3 jours avec relais par des corticoïdes oraux 1mg/kg/j et azathioprine 150mg/j.

L'évolution était bonne marquée par la régression des signes inflammatoires et une amélioration de l'AV à 4/10 au niveau des 2 yeux.

DISCUSSION/CONCLUSION:

L'atteinte oculaire au cours du syndrome de Sjögren est caractérisée par la xérophtalmie. L'ulcération cornéenne dans cette dernière n'est pas rare et peut être grave. D'autres manifestations ophtalmologiques plus rares du syndrome de Sjögren comprennent la sclérite/épisclérite, la neuropathie optique, la vascularite rétinienne et l'uvéite. Ce n'est que récemment que des revues sur les associations pathologiques de l'uvéite ont mentionné le syndrome de Sjögren. La panuvéite chronique chez notre patiente décrite ici s'ajoute au spectre des complications ophtalmo graves du SSP.