



Ulcère de Mooren : une kératite auto-immune rare à ne pas méconnaître — à propos de deux cas

- Oumaya, B.HAMDA, Service de Médecine Interne, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunis, Tunisie
- Yasmin, KHRIFECH, Service de Médecine Interne, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunis, Tunisie
- Bilel, ARFAOUI, Service de Médecine Interne, Hôpital Militaire de Bizerte, Bizerte, Tunisie
- Samah, SAYHI, Service de Médecine Interne, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunis, Tunisie
- Faïda, AJILI, Unité de Recherche Maladies Auto-Immunes UR17DN02, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunis, Tunisie
- Nour ElHoude, GUEDICHE, Service de Médecine Interne, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunis, Tunisie
- Nadia, B.ABDELHAFIDH, Service de Médecine Interne, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunis, Tunisie

Introduction

L’ulcère de Mooren (UM) est une maladie auto-immune rare spécifique de la cornée périphérique. Elle est caractérisée par une ulcération cornéenne douloureuse et progressive sans atteinte sclérale. Son diagnostic repose sur l’exclusion des causes infectieuses et systémiques responsables de kératites ulcérées périphériques.

➔ Nous rapportons deux cas d’UM colligées dans un service de médecine interne.

Observation

1^{er} cas

- ✓ Patiente de 48 ans, aux antécédents de diabète de type 2, d’hypertension artérielle et d’anémie de Biermer, consultant pour une douleur oculaire gauche et baisse aiguë de l’acuité visuelle, sans notion de traumatisme ou chirurgie oculaire.
- ✓ L’examen ophtalmologique objectivait un ulcère cornéen périphérique limbique profond unilatéral étendu sur plus de 50% du limbe, sans sclérite ni atteinte du segment postérieur (figure 1)
- ✓ Le bilan étiologique exhaustif éliminait une cause infectieuse, une connectivite ou une vascularite associée.
- ➔ Le diagnostic d’UM était retenu.
- ✓ Devant l’absence d’amélioration sous corticothérapie locale et l’extension de la lésion, un traitement immunosuppresseur par des boli mensuels de cyclophosphamide a été instauré, avec évolution favorable.

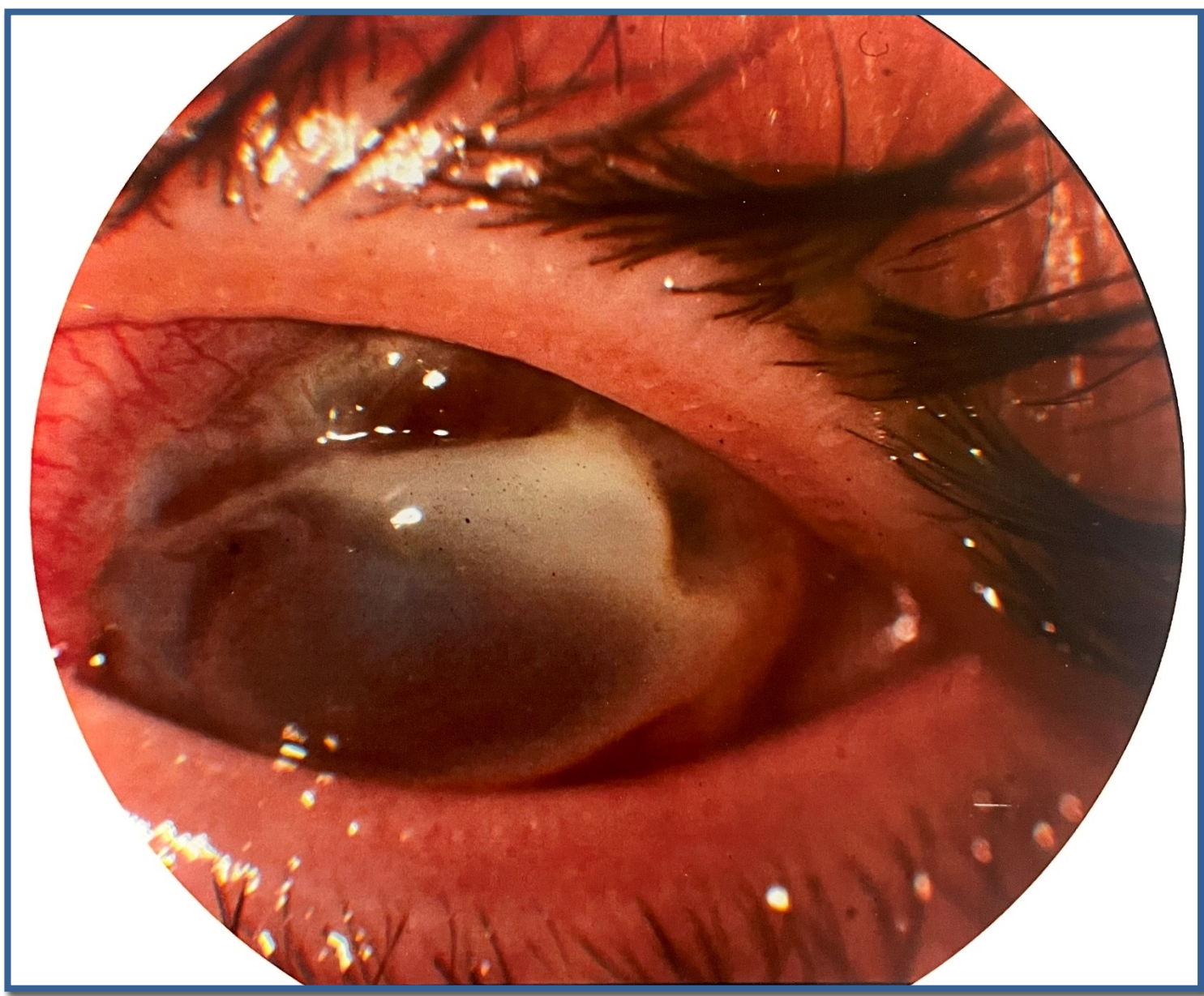


Figure 1 : ulcère cornéen périphérique limbique profond unilatéral étendu

2^{eme} cas

- ✓ Patient de 54 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultant pour un œil droit rouge, douloureux aigu.
- ✓ L’examen retrouvait un ulcère cornéen para limbique unilatéral bien limité avec néovascularisation profonde, sans sclérite associée (figure 2).
- ✓ Le bilan étiologique exhaustif était négatif, permettant de retenir le diagnostic d’UM.
- ✓ Après une amélioration initiale sous corticothérapie locale, une aggravation rapide avec progression circonférentielle de l’ulcère a été observée.
- ✓ Le traitement a reposé sur une corticothérapie systémique, une résection conjonctivale et la mise en place d’une lentille thérapeutique, avec évolution favorable.



Figure 2 : ulcère cornéen para limbique unilatéral bien limité avec néovascularisation profonde

Conclusion

L’UM est une pathologie rare, souvent méconnue et potentiellement sévère, dont le diagnostic repose sur l’exclusion des étiologies secondaires.

La physiopathologie implique probablement un mécanisme auto-immun dirigé contre les antigènes cornéens chez des sujets prédisposés.

La prise en charge repose sur un traitement précoce visant à contrôler l’inflammation et prévenir la perforation cornéenne, associant corticothérapie, immunosuppresseurs et traitement chirurgical selon la sévérité, en l’absence de consensus thérapeutique.

➔ Ces observations soulignent l’hétérogénéité clinique et l’intérêt d’une immunosuppression précoce dans les formes sévères.