



Journal Homepage: - [www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/12535

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12535>



### RESEARCH ARTICLE

#### SCLERITES ET EPISCLERITES EN MEDECINE INTERNE UNE SERIE DE 40 OBSERVATIONS

Jaouad Yousfi, Amal Elouakhoumi, Mouna Zahlane and Lamiaa Essaadouni

Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI Marrakech.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 23 December 2020

Final Accepted: 25 January 2021

Published: February 2021

##### Key words:-

Episcleritis, Scleritis, Steroids

#### Abstract

**Purpose :**To evaluate demographic characteristics, clinical features, systemic disease associations, visual outcomes, and treatment modalities of patients with episcleritis and scleritis in an internal medicine department

**Methods :**Data from 17 patients with episcleritis and from 23 patients with scleritis followed from 2010 to 2019 were retrospectively evaluated. The main outcome measures were demographics, ocular disease characteristics, presence of systemic associated disease, and treatment regimen.

**Results :**Episcleritis and scleritis were found bilaterally in 62.5 % patients. The episcleritis was diffuse in 11 and focal in 06 patients, while the scleritis was diffuse in 5, nodular in 10, necrotizing in 1, and posterior in 7 patients. An associated systemic disease was found in 27.5%.

**Conclusion :**The importance of differentiating scleritis from episcleritis is remarkable given the significant difference in the degree of ocular complications and associated systemic diseases between these ocular conditions.

Copy Right, IJAR, 2021,. All rights reserved.

#### Introduction:-

Les sclérites correspondent à une inflammation profonde de la sclère pouvant s'étendre à l'épisclère, la cornée et le tractus uvéal. Elles représentent environ 5 % de l'ensemble des inflammations oculaires. La différenciation clinique des différents sous-types de l'atteinte sclérale est cruciale ainsi que la reconnaissance de la forme nécrosante est particulièrement importante, car elle est fréquemment associée à des complications oculaires, accompagnées d'un mauvais pronostic visuel. Presque 20 à 60% des sclérites sont associées à des maladies systémiques majoritairement la polyarthrite rhumatoïde, les vascularites systémiques principalement la granulomatose avec polyangéite, la sarcoïdose, et les spondylarthropathies. Les sclérites sont idiopathiques dans 54 à 71% et dans moins de 10 % sont d'origine infectieuse, dominée par les virus du groupe herpès. Contrairement à la sclérite, l'épisclérite est une inflammation superficielle de l'épisclère très cortico-sensible. Les épisclérites sont classées en formes simples (80 % des cas) et formes nodulaires.

#### Matériel Et Méthodes:-

Cette étude rétrospective a porté sur une série consécutive de patients avec sclérites et épisclérites, colligés pendant une période s'étendant de l'année 2010 à 2019 au service de médecine interne du centre CHU Mohammed VI Marrakech. Nous avons exclu de cette étude et les premières poussées des épisclérites et les atteintes sclérales d'origine infectieuse virale. Les caractéristiques épidémiologiques des patients ont été recueillies. Le bilan initial

**Corresponding Author:- Jaouad Yousfi**

Address:- Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI Marrakech.

(inflammatoire, immunologique et infectieux), demandé selon le terrain (antécédents, âge et sexe), la localisation de la sclérite et ses caractéristiques, avait pour but d'identifier l'étiologie et de rechercher une éventuelle contre-indication à un traitement corticoïde ou immunosuppresseur systémiques. Il comportait : un examen clinique général, numération de la formule sanguine (NFS), mesure de la vitesse de sédimentation (VS), dosage de la protéine-C-réactive (CRP), une glycémie, un ionogramme sanguin, un bilan phosphocalcique, le dosage du complément, des anticorps antinucléaires et des anticorps anti-ADN natif, la radiographie du thorax, la radiographie des sinus et l'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine.

### Résultats:-

Nous avons colligé 40 patients, avec sclérites dans 23 cas et épisclérites chez 17 patients, sur une période de 10 ans, allant de janvier 2010 à décembre 2019. L'âge moyen des patients était de 37.9 ans (15-59) et le sex-ratio était de 4, soit 08 hommes et 32 femmes. Le délai de consultation était de 5 mois en moyenne (15jours-18 ans). Le signe révélateur était la rougeur oculaire dans 96.3 % des cas (38 patients), suivie par la douleur périorbitaire dans 26% des cas (10 patients), puis la baisse de l'acuité visuelle dans 22 % des cas (9 patients). L'atteinte était bilatérale chez 25 patients (soit 63 % des cas) et unilatérale chez 15 patients (soit 37 % des cas).

La sclérite était antérieure chez 16 patients (nodulaire : n=9, diffuse : n= 6, nécrosante : n= 1) et postérieure dans deux cas. Tandis que l'épisclérite dans notre série, elle était simple dans 06 cas et nodulaire chez 11 patients. Les lésions inflammatoires associées étaient représentées par, une uvéite dans 14.8 % des cas (04 patients) et une vascularite rétinienne chez deux patients, tandis que les signes extra-oculaires étaient représentés par, un syndrome sec oculo-buccal chez deux patients, une aptose bipolaire chez trois patients, et une arthrite du genou chez une seule patiente.

L'origine systémique était notée chez 12 patients (30 % des cas), une maladie de Behçet (n=4), un syndrome de Sjogren (n=3), une polyarthrite rhumatoïde (n=3), une vascularite systémique à type de granulomatose avec polyangéite (n=1), une spondyloarthropathie (n = 1).

Le bilan étiologique avait révélé une origine tuberculeuse chez 02 patients, un cas d'épisclérite post-streptococcique dans 01 cas. Un cas de pemphigus avec sclérite était également noté. Le diagnostic d'une origine idiopathique était retenu chez 24 patients (60%)

	Maladie de Behçet	Syndrome de Sjogren	Polyarthrite rhumatoïde	Spondylarthropathie	Vascularite GPA	Pemphigus	Syndrome Post-streptococcique	Tuberculose
<b>Sclérites</b>	2	3	2	-	1	1	-	1
<b>Nombre de cas</b>								
<b>Episclérites</b>	2	-	1	1	-	-	1	1
<b>Nombre de cas</b>								

**Tableau 1:-** répartition des étiologies des sclérites et épisclérites.

Sur le plan thérapeutique, la corticothérapie systémique était instaurée chez 38 patients (95%), en monothérapie chez 24 patients, et était associée à un immunosuppresseurs dans 17 cas ; Le méthotrexate (n=2), l'hydroxychloroquine (n=3), l'azathioprine (n=9), et cyclophosphamide (03 cas). Le traitement anti bacillaire était prescrit pour deux patients.

### Discussion:-

L'épisclérite et la sclérite sont deux pathologies inflammatoires de l'enveloppe du globe oculaire qui n'ont été bien distinguées l'une de l'autre qu'en 1976 par l'équipe du MoorfieldsEyeHospital de Londres[4]. La pertinence de cette distinction a été confirmée par toutes les études ultérieures et continue d'être utilisée en pratique et dans les publications.

Sur le plan épidémiologique, dans une vaste étude de cohorte réalisée par Sainz de la Maza et al [5] et une étude épidémiologique de Honik et al [6] l'âge moyen rapporté était de 45,6 et 47,4 ans chez les patients atteints d'épisclérite et 52,6 et 53,7 ans pour les patients atteints de sclérite. Dans notre étude, l'âge moyen des patients était de 37,9 ans, ce qui est légèrement plus jeune par rapport à l'âge rapporté dans la littérature. Les femmes sont de loin plus touchées que les hommes dans notre étude (sex-ratio à 4).

La classification anatomique des sclérites décrite initialement par Watson et Hayreh en 1976[4] reste toujours la plus utilisée. Une inflammation antérieure à l'ora serrata est classée comme sclérite antérieure, tandis que la présence d'une inflammation postérieure à celle-ci définit la sclérite postérieure. Dans les sclérites antérieures, on distingue les formes diffuses, nodulaires, nécrosantes avec ou sans inflammation. En cas de récurrences, le passage d'une forme clinique à une autre est observé chez 12 % des patients, principalement d'une forme diffuse à nodulaire ou nodulaire à nécrosante [7].

Les épisclérites sont classées en formes simples (80 % des cas) et formes nodulaires. Le passage d'une forme simple à une forme nodulaire est possible mais rare. Dans les deux cas, le pronostic visuel est bon [1]. La répartition actuelle des différentes formes cliniques de sclérites est illustrée par la plus grande série publiée, à ce jour, de 500 cas de sclérite et 85 cas d'épisclérite, colligés prospectivement entre 2005 et 2010 dans 2 centres ophtalmologiques tertiaires, aux États-Unis et en Espagne [5]. On y note une nette diminution des sclérites nécrosantes à 4 % vs 26 % dans une série plus ancienne de 266 patients colligés de 1980 à 1991 par la même équipe [8]. Ceci reflète vraisemblablement les progrès de la prise en charge diagnostique et thérapeutique réalisés pendant la vingtaine d'années séparant ces deux études.

Les complications des sclérites sont néanmoins fréquentes et se produiraient chez 29,4 à 84,6% des patients. Elles incluent: complications cornéennes (Dellen, infiltrats stromaux, kératite ulcéreuse périphérique, kératite sclérosante, kératolyse), ou sclérales (amaurose liée aux plaques de nécrose, ectasies, perforations), uvéite, glaucome secondaire, cataracte, et dans les cas graves impliquant le segment postérieur : œdème maculaire cystoïde ou décollement de la rétine exsudative et rarement neuropathie optique. Le taux de complications global a été récemment évalué à 45 % toutes formes cliniques confondues, mais leur fréquence relative est très variable en fonction du caractère nécrosant ou non de la sclérite avec une baisse visuelle séquelle dans 15,8 % des cas [5,2].

Sur le plan étiologique, les sclérites et épisclérites se répartissent dans 3 catégories étiologiques principales : maladies systémiques, infections et idiopathiques. Dans notre étude elles étaient essentiellement idiopathiques chez 24 patients soit 60 % des cas, suivies des maladies de systèmes chez 12 malades soit 30 % des cas dominées par la polyarthrite rhumatoïde, maladie de Behçet et syndrome de Gougerot-Sjogren. L'origine infectieuse était de 5% représentée par deux cas de tuberculose. Ces résultats concordent avec les données de plusieurs études publiées dans le même sens et résumées dans le tableau suivant :

Publication Année	Population n	Femmes n (%)	Age moyen (extrêmes)	Maladie systémique n (%)	Infection n (%)	Idiopathiques n (%)
Watson, 1976[4]	207	F/HF=3/2	Non précisé	45 (22)	28 (13)	134 (65)
McCluskey 99 [9]	99 243	64 (65) 171 (70)	49 (11-84) 52 (5-93)	29 (29) 90 (37)	Aucune 17 (7)	70 (71) 136 (56)
Akpek, 2004[10]	119	82 (69)	49 (9-92)	50 (42)	5 (4)	64 (54)
Lin, 2008 [11]	86	61 (71)	50 (8-90)	27 (31)	4 (5)	55 (64)
Raiji , 2009 [12]	114	82 (72)	48 (4-87)	35 (31)	2 (2)	77 (67)
Erkanli, 2010[13]	500 104	355 (71) 63 (61)	54 (12-96) 51 (18-91)	124 (25) 31 (30)	48 (10) 3 (3)	328 (65) 70 (67)
De la Maza 2012[5]	32	19 (59)	47 (22-77)	12 (37)	6 (19)	14 (44)
Wieringa 2013[14]						
Leal 2014[15]						

**Tableau 2:-** Répartition étiologique des sclérites dans les principales études.

Publication Année	Population n	Femmes n (%)	Age moyen (extrêmes)	Maladie systémique n (%)	Infection n (%)	Idiopathiques n (%)
Watson, 1976[4]	159	71 (45)	Non précisé	11 (7)	8(5)	140 (88)
Jabs , 2000[16]	37	26 (70)	45 (9-71)	11 (30)	2 (5)	24 (65)
De la Maza, 2012[5]	85	54 (64)	47 (10-80)	13 (15)	5 (6)	67 (79)

**Tableau 3:-** Répartition étiologique des épisclérites dans les principales études.

Le traitement des sclérites et épisclérites est guidé par la sévérité de l'inflammation oculaire et de la maladie générale suspectée ou prouvée. De nombreux traitements ont été utilisés, depuis le traitement topique, les anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie générale, les injections locales de corticoïdes, les corticoïdes systémiques jusqu'aux traitements immunosuppresseurs et, plus récemment, les biothérapies[17,18].

L'azathioprine, le méthotrexate et le mycophénolatemofétil sont les antimétabolites habituels utilisés pour traiter les patients avec sclérite[19]. La cyclosporine avait de bons résultats, mais dans une très petite série de patients [20]. Le cyclophosphamide utilisé aussi bien par voie orale qu'intraveineuse a montré une très bonne efficacité avec 82 % de rémission complète à 1 an [21].

Les agents biologiques tels que les anticorps anti-TNF alpha ou les anti-CD20 ont été utilisés en deuxième intention, dans des études non contrôlés, pour traiter des sclérites réfractaires, définies par un échec d'une association corticoïdes systémiques et immunosuppresseurs [22].

#### Les limites de l'étude :

Le faible échantillonnage après l'exclusion des sclérites et épisclérites d'origine virale fréquemment rencontrées au cours des études antérieures,

#### Conclusion:-

L'épisclérite est une pathologie bénigne, la sclérite au contraire peut engager le pronostic visuel et nécessite un bilan général et un traitement systémique. Celle-ci est associée à des maladies systémiques variées dans environ 1 cas sur 3, pouvant parfois engager le pronostic vital. Avant d'évoquer une étiologie systémique, il convient d'éliminer une cause infectieuse, principalement herpétique, probablement sous-estimée [1,2].

#### Bibliographie:-

- [1] Héron E, Bourcier T. Sclérites et épisclérites. *J Fr Ophtalmol* 2017;04.007
- [2] Héron E, M. Gutzwiller-Fontaine, T. Bourcier. Sclérites et épisclérites : prise en charge diagnostique et thérapeutique. *Rev Med Interne* 2014; 02.004
- [3] Emmett T. Cunningham Jr MD, PhD, MPH, Peter McCluskey MD, Carlos Pavesio MD, FRCOphth, Denis Wakefield MD & Manfred Zierhut MD (2016) Scleritis, *Ocular Immunology and Inflammation*, 24:1, 2-5
- [4] Watson PG, Hayreh SS. Scleritis and episcleritis. *Br J Ophthalmol* 1976;60:163—91.
- [5] Sainz de la Maza M, Molina N, Gonzalez-Gonzalez LA, Doctor PP, Tauber J, Foster CS. Clinical characteristics of a large cohort of patients with scleritis and episcleritis. *Ophthalmology* 2012;119:43—50.
- [6] Honik, G., Wong, I.G., and Gritz, D.C. Incidence and prevalence of episcleritis and scleritis in Northern California. *Cornea*. 32:1562–1566, 2013
- [7] Tuft SJ, Watson PG. Progression of scleral disease. *Ophthalmology* 1991;98:467—71
- [8] Sainz de la Maza M, Jabbur NS, Foster CS. Severity of scleritis and episcleritis. *Ophthalmology* 1994;101:389–96.
- [9] McCluskey PJ, Watson PG, Lightman S, Haybittle J, Restori M, Branley M. Posterior scleritis: clinical features, systemic associations, and outcome in a large series of patients. *Ophthalmology* 1999;106:2380—6.
- [10] Akpek EK, Thorne JE, Qazi FA, et al. Evaluation of patients with scleritis for systemic disease. *Ophthalmology* 2004;111:501—6.
- [11] Lin P, Bhullar SS, Tessler HH, Goldstein DA. Immunologic markers as potential predictors of systemic autoimmune disease in patients with idiopathic scleritis. *Am J Ophthalmol* 2008;145:463—71.

- [12] Raji VR, Palestine AG, Parver DL. Scleritis disease association in a community-based referral practice. *Am J Ophthalmol*2009;148:946—50.
- [13] Erkanli L, Akova YA, Guney-Tefekli E, Tugal-Tutkun I. Clinical features, prognosis, and treatment results of patients with scleritis from 2 tertiary eye care centers in Turkey. *Cornea*2010;29:26—33.
- [14] Wieringa WG, Wieringa JE, ten Dam-van Loon NH, Los LI. Visual outcome, treatment results, and prognostic factors in patients with scleritis. *Ophthalmology* 2013;120:379—86.
- [15] Leal C, Le Roux K, Rahmi A, Varron L, Broussole C, Denis P, et al. Sclérites, aspects cliniques, étiologiques et thérapeutiques : à propos d'une série de 32 observations. *Rev Med Int*2014;35:491—7.
- [16] Jabs DA, Mudun A, Dunn JP, Marsh MJ. Episcleritis and scleritis: clinical features and treatment results. *Am J Ophthalmol*2000;130:469—76.
- [17] Sainz de la Maza M, Molina N, Gonzalez-Gonzalez LA, Doctor PP, Tauber J, Foster CS. Scleritis therapy. *Ophthalmology*2012;119:51—8.
- [18] Maxwell S, Bozho T, Lisa J. Ocular Pharmacology for Scleritis: Review of Treatment and a Practical Perspective. *Journal of ocular pharmacology and therapeutics* 2017; 33 :4
- [19] Daniel, E., Thorne, J.E., Newcomb, C.W., et al. Mycophenolate mofetil for ocular inflammation. *Am. J. Ophthalmol.* 149:423–432.e1–e2, 2010.
- [20] Kacmaz RO, Kempen JH, Newcomb C, Daniel E, Gangaputra S, Nussenblatt RB, et al. Cyclosporine for ocular inflammatory diseases. *Ophthalmology*2010;117:576–84.
- [21] Pujari SS, Kempen JH, Newcomb CW, Gangaputra S, Daniel E, Suhler EB, et al. Cyclophosphamide for ocular inflammatory diseases. *Ophthalmology*2010;117:356–65.
- [22] Doctor P, Sultan A, Syed S, Christen W, Bhat C, Foster CS. Infliximab for the treatment of refractory scleritis. *Br J Ophthalmol* 2010;94:579–83.