



ROYAUME DU MAROC  
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE FES

**LES UVEITES EN SERVICE DE MEDECINE  
INTERNE : À PROPOS DE 204 CAS**

MEMOIRE PRESENTE PAR

Docteur **ATIK Sara**

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE

OPTION : MÉDECINE INTERNE

Sous la direction de :

Professeur **BERRADY Rhizlane**

Session Septembre 2020

**Pr BERRADY RHIZLANE**  
Chef de service  
Médecine Interne / Onco-Hématologie  
Hôpital des Spécialités  
FES

# Sommaire

INTRODUCTION.....	7
MATERIEL ET METHODES .....	7
I. Type et lieu de l'étude : .....	7
II. Critères d'inclusion : .....	8
III. Critères d'exclusion : .....	8
IV. Méthodes :.....	8
RESULTATS .....	9
I. EPIDEMIOLOGIE : .....	9
1. Age :.....	9
2. Sexe : .....	9
3. La répartition géographique : .....	10
4. Couverture sociale : .....	11
5. Antécédents pathologiques :.....	12
II. Circonstances de découverte : .....	14
1. Signes d'appel oculaires :.....	14
2. Signes d'appel extra-oculaires :.....	14
a. Les signes dermatologiques :.....	14
b. Les signes articulaires : .....	15
c- Les signes neurologiques : .....	15
3. Délai de consultation : .....	16
4. Mode d'installation : .....	17
5. Localisation des uvéites : .....	17
6. Œil atteint :.....	18
III. Les données de l'examen clinique : .....	18
1. Les données de l'examen ophtalmologique : .....	18
1.1. Acuité visuelle : .....	18
1.2. Examen du segment antérieur :.....	19
1.3. Examen du segment postérieur :.....	19
1-4-Répartition des différentes formes cliniques des uvéites :.....	20
2. Données de l'examen extra-ophtalmologiques :.....	21
2.1. Examen cutané :.....	21
2.2. Examen rhumatologique :.....	22
2.3. Examen des membres inférieurs : .....	22
2.4. Examen abdominal :.....	22
2.5. Examen neurologique : .....	22
2.6. Autres : .....	22
IV. Données des examens paracliniques :.....	22
1. Bilan à visée ophtalmologique : .....	22

a. Echographie oculaire :.....	22
b. Angiographie :.....	22
c. Tomographie par cohérence optique :.....	23
2. Bilan à visée étiologique :.....	23
2.1. Examens biologiques :.....	23
a. Bilan inflammatoire :.....	23
b. Bilan infectieux :.....	23
c. Bilan immunologique :.....	24
d. Autres :.....	24
2.2. Examens radiologiques :.....	24
2.3. Autres examens :.....	24
V. Diagnostic étiologique :.....	25
1- Causes inflammatoires :.....	26
2-Causes infectieuses :.....	27
3- Etiologies en fonction de la localisation des uvéites. ....	28
3-1-Etiologies des uvéites antérieures.....	28
3-2 Etiologies des uvéites intermédiaires.....	29
3-3- Etiologies des uvéites postérieures.....	30
3-4- Etiologies des panuvéites.....	30
VI. Traitement :.....	31
1. Les corticoïdes :.....	31
2. Les immunosuppresseurs :.....	32
3. La biothérapie :.....	32
4. L'antiviral :.....	33
5. Autres traitements :.....	33
VII-Evolution.....	33
VIII. Suivi :.....	34
IX. Complications :.....	36
X. Analyse des résultats :.....	37
<b>DISCUSSION</b> :.....	41
I-Epidémiologie :.....	41
a) Incidence mondiale :.....	41
b) Sexe.....	41
c) Age.....	41
II- données cliniques :.....	41
III-Etiologies des uvéites :.....	43
IV-Traitement :.....	45
VII. Suivi :.....	48
VIII. Résultat analytique.....	48
<b>Conclusion</b> :.....	49

RESUME .....	50
<b>Annexe II :</b> .....	51
Bibliographie .....	54

## ABREVIATIONS

- AAN : Anticorps antinucléaires
- AJI : Arthrite juvénile idiopathique
- APL : Anticorps antiphospholipides
- ATCD : Antécédent
- AV : Acuité visuelle
- AVCI : Accident vasculaire cérébrale ischémique
- BAV : Baisse de l'acuité visuelle
- BGSA : Biopsie des glandes salivaires accessoires
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- CLD : Compte les doigts
- CMV : Cytomégalovirus
- CRP : C-réactive protéine
- DSR : Décollement séreux de la rétine
- EBV : Epstein-Barr virus
- ECA : Enzyme de conversion de l'angiotensine
- EPP : Electrophorèse des protéines
- FO : Fond d'œil
- FOGD : Fibroscopie oeso-gastro-duodénale
- HIV : Hémorragie intra vitréenne
- HLA : Human leukocyte antigen
- HSV : Herpès simplex virus
- HVB : Hépatite virale B
- HVC : Hépatite virale C
- IDR : Intradermoréaction
- IFX : Infliximab
- Ig : Immunoglobuline
- IST : Infections sexuellement transmissible
- LCR : Liquide céphalorachidien
- MDD : Mouvements des doigts
- MM : Mycophénolate Mofétil
- MTX : Methotrexate
- NFS : Numération formule sanguine
- OCT : Tomographie à cohérence optique
- OD : Œil droit
- OG : Œil gauche
- OM : Œdème maculaire
- PL : Perception lumineuse

- PL : ponction lombaire
- RCH : Rectocolite hémorragique
- SEP : Sclérose en plaque
- SPA : Spondylarthrite ankylosante
- TNF: Tumor necrosis factor
- TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutination
- TVP : Thrombose veineuse profonde
- VDRL: Venereal Disease Research Laboratory
- VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
- VKH : Vogt- koyanagi Harada
- VS : Vitesse de sédimentation

## **INTRODUCTION**

L'uvéite est une inflammation de l'uvée, composée de l'iris, le corps ciliaire et la choroïde. Cependant le terme d'uvéite est aujourd'hui synonyme d'inflammation intraoculaire [1].

L'uvéite est une cause majeure de morbidité oculaire à l'échelle mondiale. Elle est à l'origine de 5 % des cécités légales (définies par une acuité visuelle du meilleur œil inférieur ou égale à 1/10) [2].

La présentation clinique des uvéites est particulièrement hétérogène. Ses causes sont multiples regroupant essentiellement les maladies purement ophtalmologiques, les maladies infectieuses, les maladies de système, et sont parfois indéterminées ou idiopathiques. L'approche étiologique doit tenir compte des caractéristiques sémiologiques de l'uvéite, ainsi que des manifestations extra ophtalmologiques associées, et l'apport de l'imagerie et surtout de l'angiographie rétinienne permet une meilleure analyse des atteintes inflammatoires du segment postérieur.

La collaboration étroite entre l'ophtalmologiste et le médecin interniste est le seul garant d'une prise en charge précoce et à fortiori d'un meilleur pronostic des patients [3]. Cette collaboration est d'autant plus indispensable lorsqu'on sait que le traitement des uvéites peut s'étendre sur de longues durées et requiert une approche personnalisée au contexte de chaque patient.

L'objectif de notre travail est de mettre le point sur le profil épidémiologique et de préciser les particularités cliniques, étiologiques, thérapeutiques, évolutives, et pronostiques des uvéites au sein du service de médecine interne (SMIOH) et d'onco-hématologie du CHU Hassan II de Fès.

## **MATERIEL ET METHODES**

### **I. Type et lieu de l'étude :**

Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective descriptive et analytique, réalisée à partir des dossiers médicaux, ayant porté sur l'ensemble des patients diagnostiqués et suivis au (SMIOH) service de médecine interne et d'onco-hématologie du CHU Hassan II de Fès, sur une période de 8 ans allant de Janvier 2012 à Décembre 2019.

## **II. Critères d'inclusion :**

Les critères d'inclusion sont la présence d'une uvéite confirmée par un examen ophtalmologique initial complet, d'une prise en charge diagnostique étiologique ainsi que d'un suivi thérapeutique régulier.

## **III. Critères d'exclusion :**

Nous avons exclu tous les patients avec dossier incomplet, et les patients âgés moins de 15 ans.

## **IV. Méthodes :**

Nous avons établi une fiche d'exploitation qui traite les différents paramètres nécessaires pour notre étude, qui sont :

- L'âge, le sexe, l'origine ;
- Le délai entre l'apparition des signes fonctionnels et la consultation ;
- Les antécédents personnels et familiaux, pathologiques et toxiques ;
- Le mode de survenue de l'atteinte oculaire ;
- La latéralité de l'atteinte ;
- Les données de l'examen ophtalmologique ;
- Les différents signes généraux et ou fonctionnels accompagnateurs ;
- Les données de l'examen clinique ;
- Les examens paracliniques ;
- Les étiologies ;
- La prise en charge thérapeutique ;
- L'évolution. (Voir annexe I).

La saisie des données recueillies est réalisée sur le Microsoft Office Excel 2010.

L'analyse statistique est réalisée, en collaboration avec le Laboratoire d'Epidémiologie, Recherche Clinique et de Santé Communautaire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès. L'analyse est réalisée à l'aide du logiciel SPSS (version 21). Il s'agit d'une analyse descriptive et analytique univariée et multivariée à la recherche les particularités épidémiologiques, cliniques, étiologiques, thérapeutiques, évolutives, et pronostiques des uvéites, avec une modélisation par régression logistique simple en admettant un  $p \leq 5\%$ . Lors de la comparaison des groupes, nous avons utilisé les tests paramétriques classiques : Test de Khi2, test de Student, en fonction de la nature des variables à comparer.

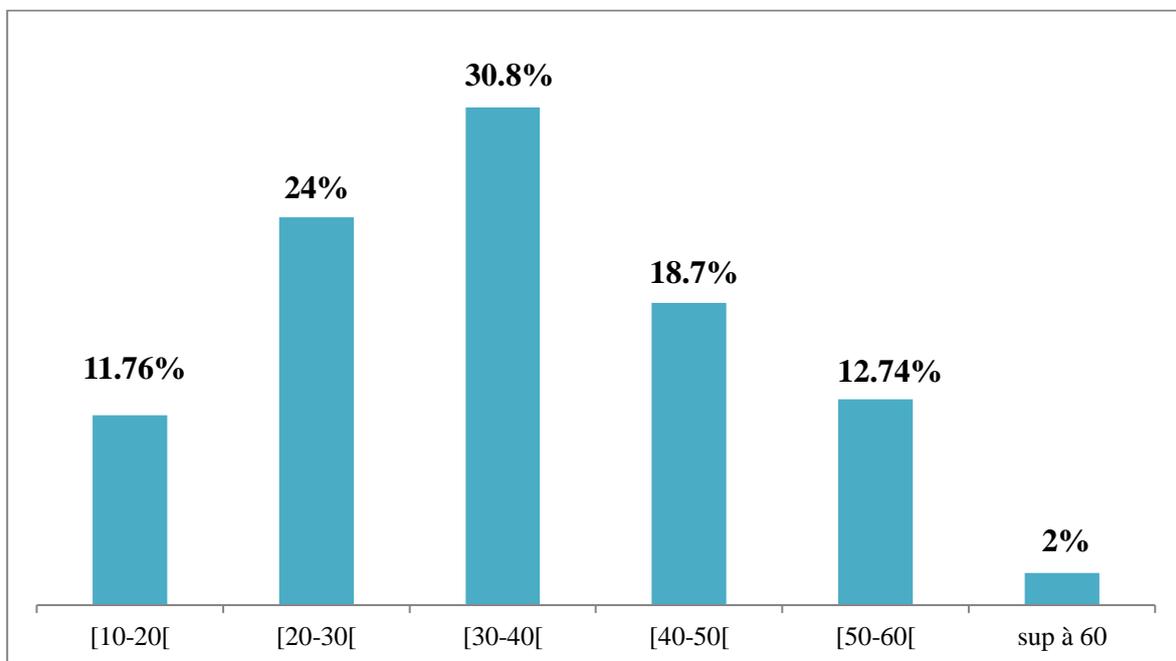
## RESULTATS

### I. EPIDEMIOLOGIE :

Notre étude comprend 204 patients hospitalisés et suivis au SMIOH du CHU Hassan II de Fès, sur une période de 8 ans allant de Janvier 2012 à Décembre 2019.

#### 1. Age :

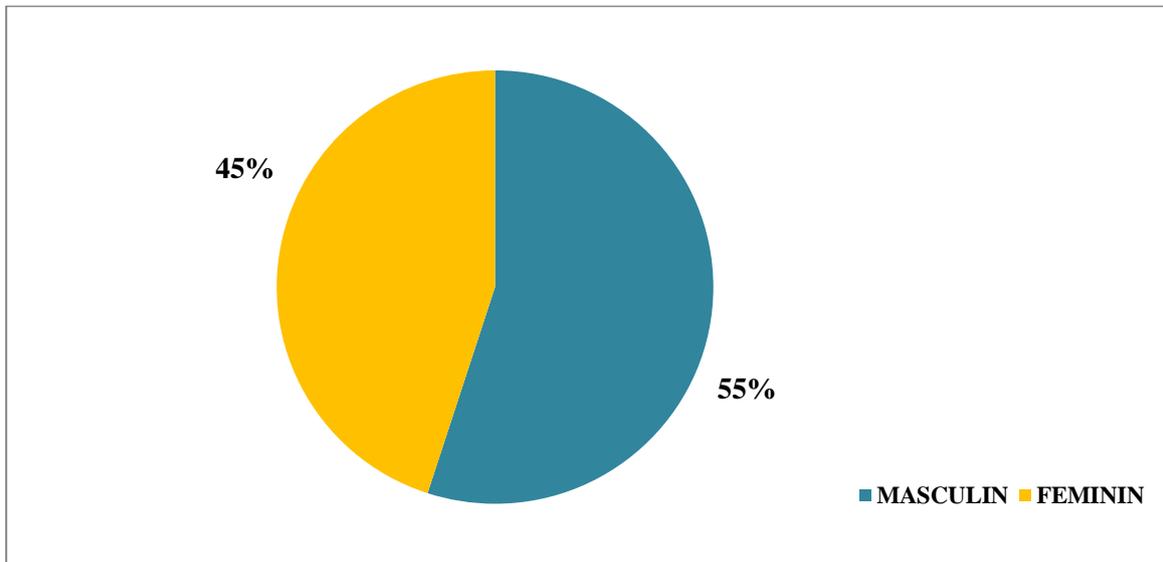
Notre moyenne d'âge observée durant notre étude est de 35,29 ans +/-12,56, ce qui signifie que notre population étudiée est plutôt jeune, avec des extrêmes allant de [15ans à 78 ans]. La tranche d'âge prédominante est celle comprise entre [30-40 ans[ ce qui représente 30,8% des cas, suivie de la tranche d'âge entre [20-30 ans[ soit 24%, puis celle entre [40-50 ans[ (18,7%). Cette répartition est plus clairement illustrée dans la figure 1.



*Figure 1 : Répartition des patients selon les tranches d'âge*

#### 2. Sexe :

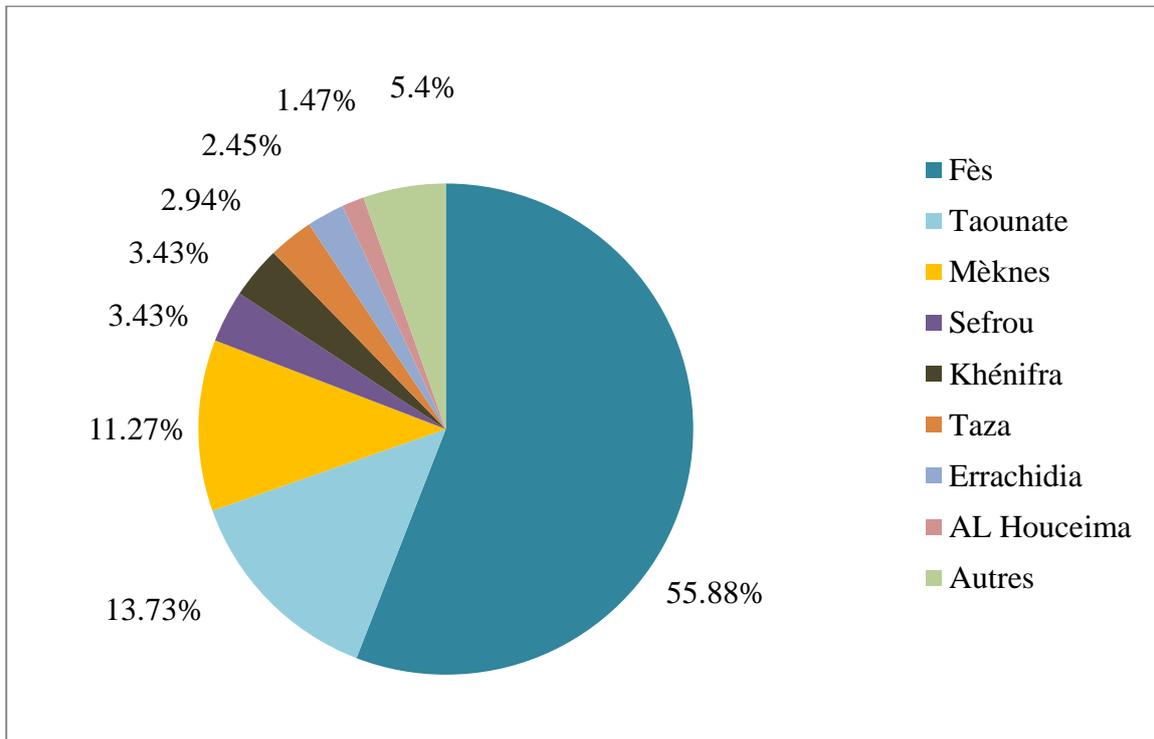
La répartition selon le sexe est comme suit : une légère prédominance masculine avec 112 hommes pour 92 femmes et un sexe ratio déductif de 1,22 (Figure 2).



*Figure 2 : Répartition selon le sexe*

### **3. La répartition géographique :**

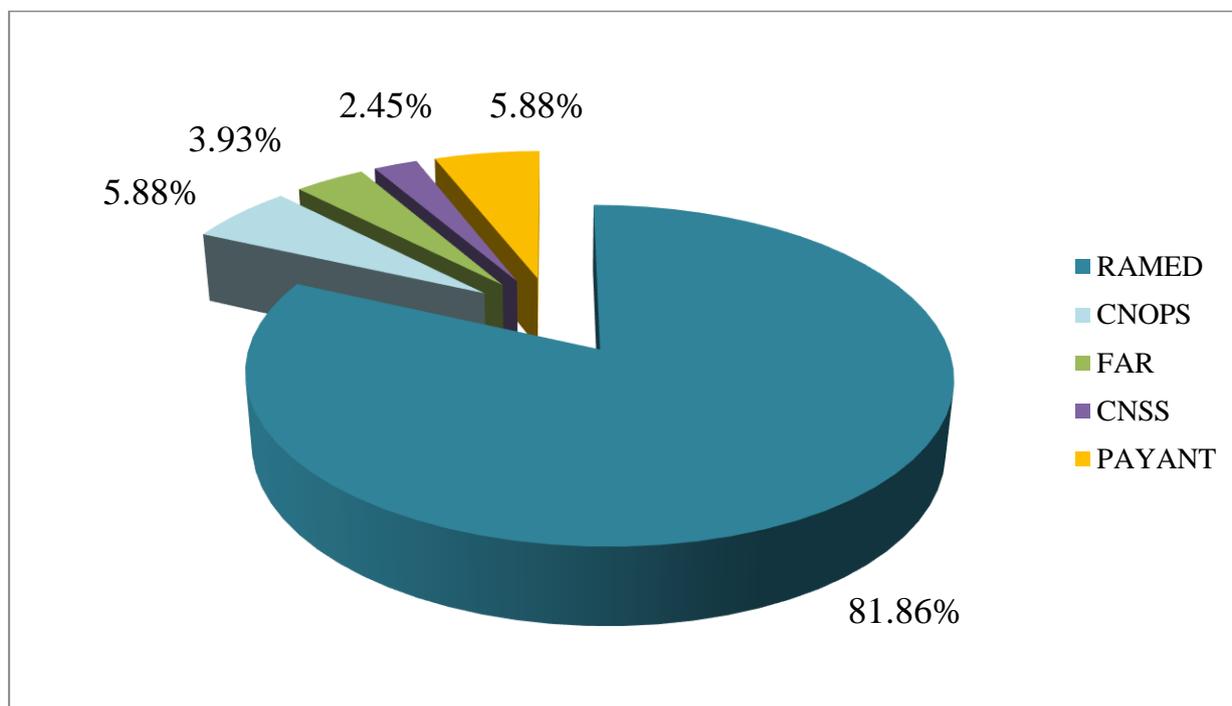
Le plus grand nombre de patients ayant consulté durant notre période d'étude vient de la ville de Fès avec un total de 114 patients ce qui représente 55,88 % du nombre total de patients suivis au sein de l'unité. La deuxième ville occupant le fil de la ligne est Taounate avec 28 patients pour un pourcentage de 13,73% du total des patients suivis. La ville de Meknès vient en 3ème ligne avec 23 patients pour un pourcentage de 11,27%. La ville de Séfrou et Khénifra suivent avec 7 patients respectivement soit 3,43% chacune, puis Taza avec 6 patients pour un pourcentage de 2,94%. En dernier lieu la région d'Errachidia (Midelt) et Al Houceima avec 5 patients et 3 patients respectivement soit 2,45% et 1,47% (Figure 3).



**Figure 3 : répartition géographique des patients.**

#### **4. Couverture sociale :**

Dans notre série, la majorité des patients bénéficient du système de couverture sanitaire « RAMED », avec un nombre de 167 soit 81,86%, suivi de la tranche des mutualistes avec un total de 25 soit 12,25 %, le reste des patients est payant (Figure 4).



**Figure 4 : Répartition selon la couverture sociale**

## 5. Antécédents pathologiques :

Les antécédents pathologiques sont très importants à mentionner puisqu'ils peuvent être la cause ou une partie importante de la pathologie mais aussi dans certains cas des critères d'aggravation de celle-ci. Ainsi, on a cherché leur présence chez tous les patients étudiés :

➤ *Pour les antécédents médicaux, on trouve que :*

- Quatre-vingt-sept patients avaient des antécédents d'uvéïte (42,64%).
- Tandis que trente patients avaient des antécédents d'aphtoses soit 14,70%, dont 25 cas correspondant à des antécédents d'aphtose bipolaire.
- Des antécédents d'IST étaient retrouvés dans 1 seul cas, un seul patient par contre, dont la recherche étiologique a révélé ultérieurement une tuberculose oculaire, avait des antécédents personnels de tuberculose pulmonaire.
- Des antécédents d'HTA étaient retrouvés chez 5 patients (2,45%), de diabète chez 4 patients soit 1,96%, dont un seul cas d'origine cortisonique.
- Enfin, d'autres antécédents médicaux retrouvés :
- Vasculaires représentés par un cas de TVP.
- Maladies rénales représentées par 2 cas d'insuffisance rénale.
- Digestifs représentés par deux cas : un patient suivi pour des polypes du colon et un patient suivi pour une RCH.

- Neurologiques représentés par un cas d’HTIC.
- Pulmonaires chez un seul patient représentés par un asthme.
  - *Pour les antécédents chirurgicaux :*
- Deux patients avaient des antécédents chirurgicaux, le premier avait bénéficié d’une amygdalectomie, et le deuxième d’une amputation de la jambe suite à un AVP.

➤ *Pour les antécédents toxiques :*

- La prise de toxique (tabagisme et /ou toxicomanie) a été enregistrée dans 10 cas seulement (4,90%).

➤ *Pour Les antécédents familiaux :*

- Quatre patients avaient des antécédents familiaux, représentés par une arthropathie dans 1 cas (0,49%), néphropathie dans 3 cas (1,47%), par ailleurs, on n’a pas retrouvé d’antécédents d’uvéites familiales.

Le tableau ci-dessous répertorie ces antécédents.

**Tableau I : répartition des patients selon les antécédents.**

Antécédents	Nombre de cas	Pourcentage %
ATCD d’uvéite	87	42,64
Aphthose bipolaire	25	12,25
Aphthose buccale isolée	5	2,45
ATCD toxique	10	4,90
HTA	5	2,45
Diabète	4	1,96
ATCD vasculaires	3	1,47
Maladies rénales	2	0,98
ATCD digestifs	2	0,98
ATCD neurologiques	1	0,49
Tuberculose pulmonaire	1	0,49
IST	1	0,49
ATCD familiaux	4	1,96

## II. Circonstances de découverte :

### 1. Signes d'appel oculaires :

Le motif de consultation le plus fréquent était la baisse de l'acuité visuelle rencontrée chez 190 patients soit 93,14% des cas, suivi de la rougeur oculaire qui était retrouvée chez 140 patients (68,63%), la douleur périorbitaire est rencontrée chez 49 patients (24,2%) par contre, le flou visuel a été noté chez 35 patients (17,16%), et la myodésopsie chez seulement 6 patients soit 2,94%.

Les autres signes fonctionnels sont signalés à des proportions plus faibles (Figure 5).

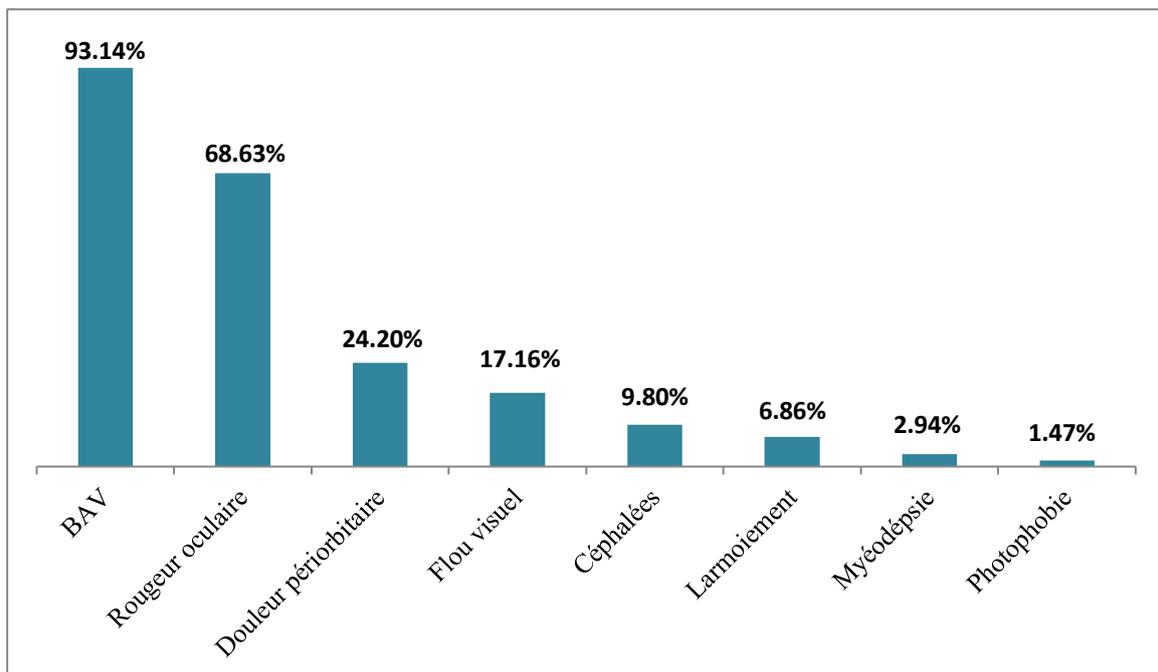


Figure 5 : signes fonctionnels révélateurs de l'uvéite.

### 2. Signes d'appel extra-oculaires :

#### a. Les signes dermatologiques :

Les signes dermatologiques sont présents dans 47,55% des cas, dominés par une aphtose buccale chez 86 cas soit 42,16%, une aphtose génitale chez 78 cas soit 38,24%, une pseudofolliculite chez 64 patients soit 31,37% des cas. Un vitiligo a été retrouvé chez 7 patients soit 3,43% et une alopécie chez un seul patient.

## **b. Les signes articulaires :**

Il y a eu une symptomatologie articulaire chez 49 cas, pour un pourcentage de 24%, cette symptomatologie articulaire est représentée essentiellement par des arthralgies inflammatoires périphériques dans 44 cas (21,56%), des rachialgies inflammatoires dans 5 cas (2,45%), et une enthésopathie sous forme de talalgie inflammatoire dans 2 cas (0,98%).

## **c- Les signes neurologiques :**

Ces manifestations sont représentées essentiellement par des céphalées dans 21 cas (10,29%), un syndrome d'HTIC dans un cas, et une neuropathie périphérique chez une seule patiente.

## **d-Les signes ORL.**

Les signes ORL sont présents chez 7 patients, 5 patients avaient une hypoacousie et 2 patients avaient une sinusite chronique.

## **e-Les signes pulmonaires :**

Une dyspnée est notée chez 12 patients soit 5,88% des cas.

## **f- Manifestations vasculaires :**

Trois patients (1,47%) ont des manifestations vasculaires à type de thrombophlébite de membre inférieur dans 2 cas et une thrombose cérébrale chez une patiente.

## **g-Les signes digestifs :**

Les signes digestifs sont présents chez 2 cas, représentés par des douleurs abdominales et une diarrhée.

## **d-Les autres signes :**

Les signes gynécologiques, urinaires n'ont pas été retrouvés.

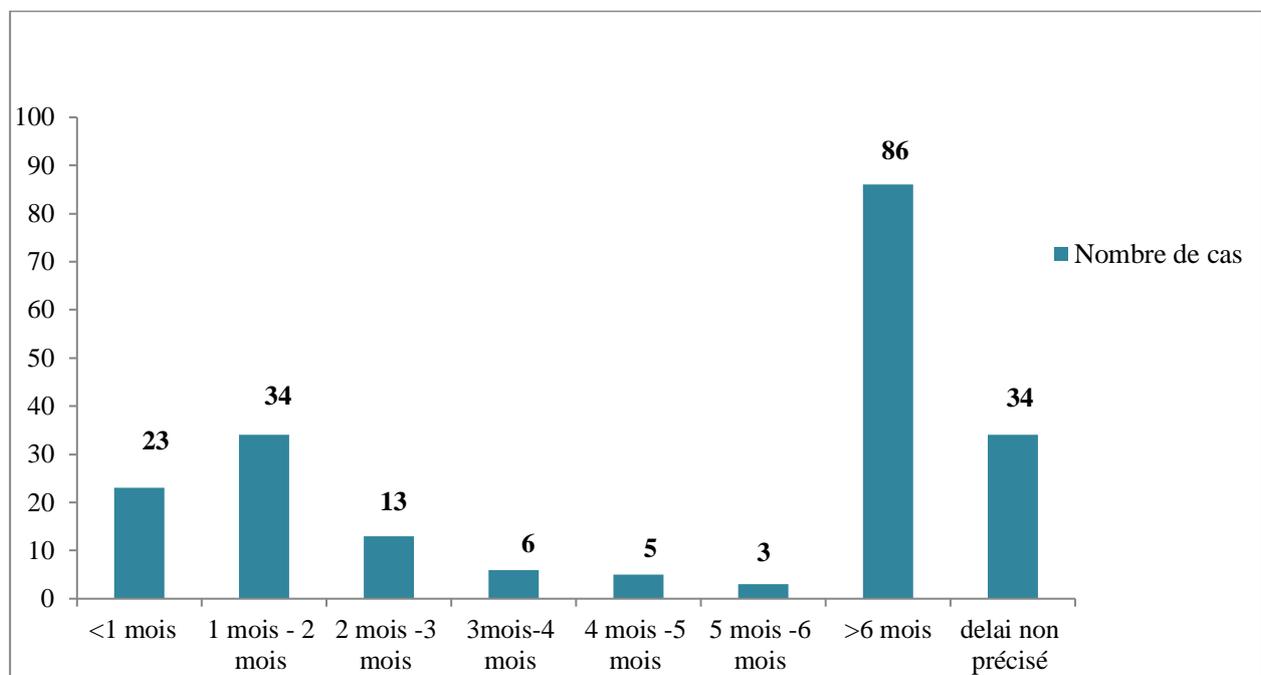
**Tableau II : répartition des signes extra oculaires.**

<b>La symptomatologie extra-ophthalmologique</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage %</b>
Signes dermatologiques	97	47,55
Signes articulaires	49	24,01
Signes neurologiques	23	11,27
Signes pulmonaires	12	5,88
Signes ORL	7	3,43
Signes vasculaires	3	1,47
Signes digestifs	2	0,98

### **3. Délai de consultation :**

Le délai moyen de consultation était de 6,26 mois +/- 12,52 mois, avec des extrêmes allant de 2 jours à 48 mois. La tranche prédominante avec un pourcentage de 42%, est de plus de 6 mois. Un délai d'un mois et 2 mois a été noté dans 16,66 % des cas. Une découverte fortuite dans 2 cas lors d'un contrôle dans le cadre de surveillance du lupus érythémateux systémique.

Cette répartition a été plus clairement illustrée sur notre figure 6.



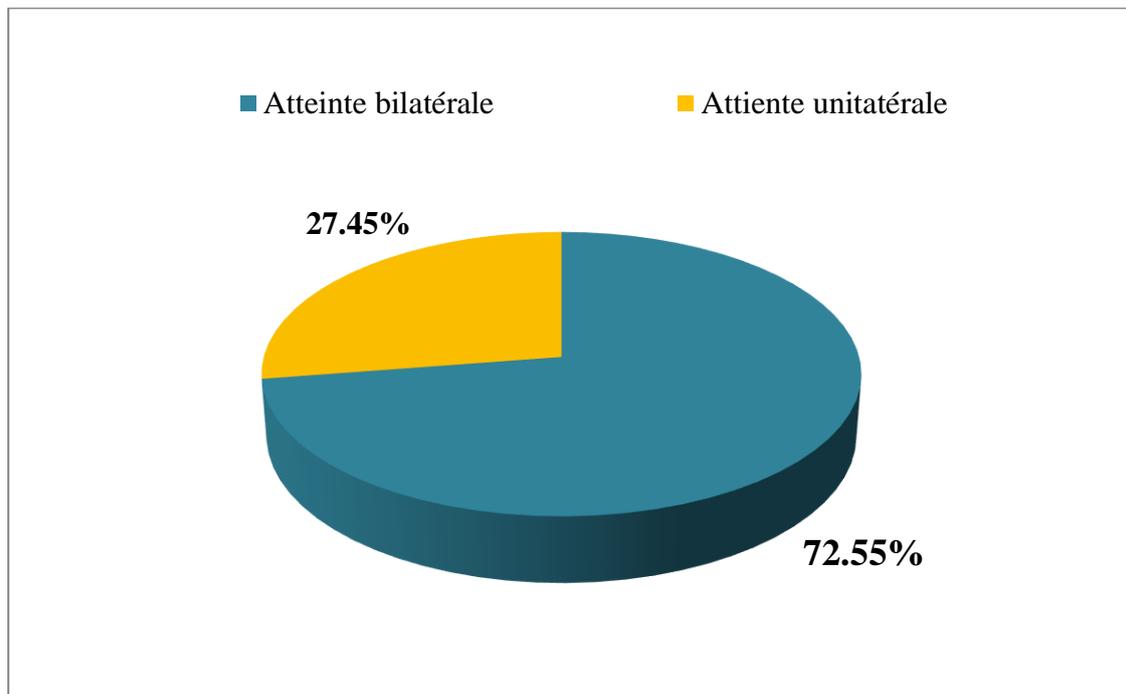
**Figure 6 : répartition des délais de consultation**

#### **4. Mode d'installation :**

L'uvéite s'est déclarée sur un mode de début progressif dans 57,84% des cas, tandis qu'un mode de début aigu a été retrouvé chez 42,16% des cas.

#### **5. Localisation des uvéites :**

La localisation bilatérale est la plus fréquente chez nos patients ; elle représente 72,55% des cas, alors que la localisation unilatérale représente 27,45% des cas (Figure 7).



*Figure 7 : Localisation des uvéites.*

## **6. Œil atteint :**

L'oeil gauche est atteint de manière isolée dans 11,77 % des cas, l'oeil droit est atteint de manière isolée dans 15,68 % des cas, et les deux yeux sont touchés dans 72,55%.

## **III. Les données de l'examen clinique :**

### **1. Les données de l'examen ophtalmologique :**

#### **1.1. Acuité visuelle :**

La majorité des malades ont une AV très basse avant le traitement, une AV de 1/10 dans 11,13% des yeux atteints, 17,68% des cas avaient une acuité visuelle limitée au compte les doigts (CLD) (Tableau III).

**Tableau III : Acuité visuelle des patients, les deux yeux compris**

AV OD	Effectifs N=204	Pourcentage valide %	AV OG	Effectifs N=204	Pourcentage valide %
Conservée	29	14,21	Conservée	31	15,19
0,5	5	2,45	0,5	3	1,47
1	15	7,35	1	28	13,72
2	17	8,33	2	15	7,35
3	15	7,35	3	11	5,39
4	11	5,39	4	6	2,94
5	7	3,43	5	12	5,88
6	5	2,45	6	6	2,94
7	4	1,96	7	3	1,47
8	11	5,39	8	6	2,94
9	1	0,49	9	4	1,96
CLD	34	16,66	CLD	28	13,72
MDD	3	1,47	MDD	5	2,45
PLN	14	6,86	PLN	13	6,37
PLP	9	4,41	PLP	9	4,41
Non précise	24	11,76	Non précise	24	11,76

CLD : Compte les doigts ; MDD : Mouvements des doigts

PLN : perception lumineuse négative ; PLP : perception lumineuse positive

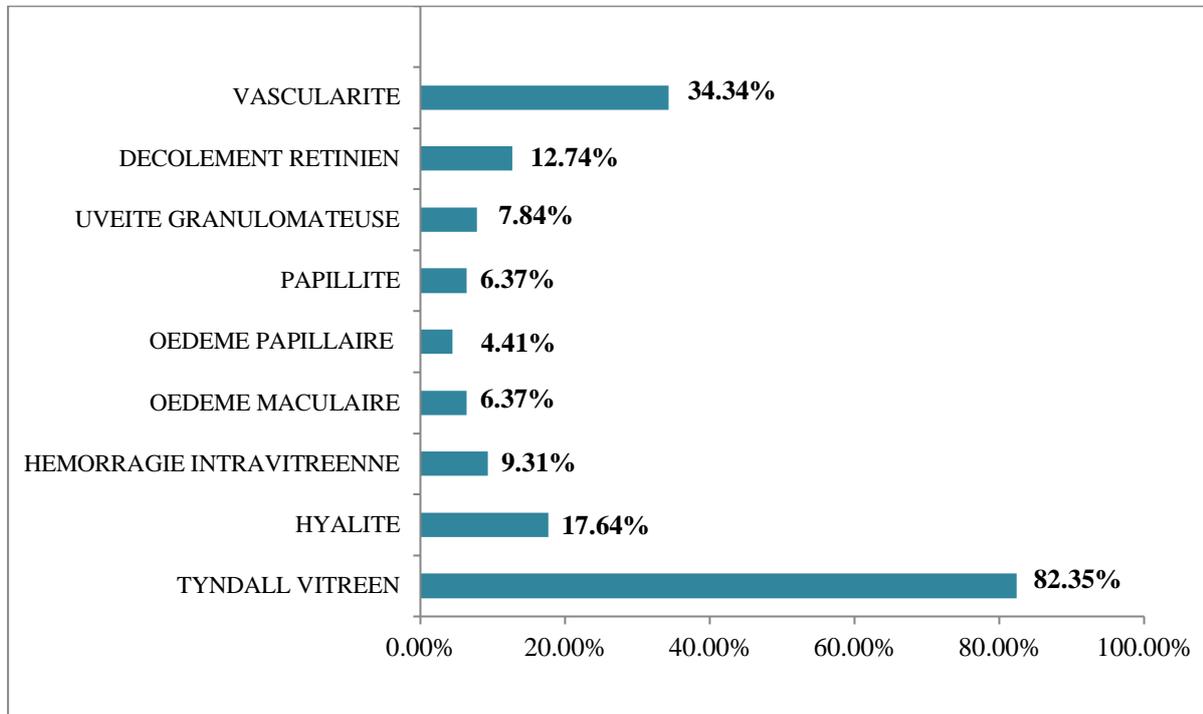
### 1.2. Examen du segment antérieur :

L'examen du segment antérieur trouve une hyperhémie conjonctivale chez 27 patients soit 13,23%, un tyndall de la chambre antérieure dans 69,6%, des synéchies irido-cristalliniennes sont observées dans 44 cas (21,56%). Une cataracte est retrouvée dans 34 cas (16,66%).

### 1.3. Examen du segment postérieur :

L'examen du segment postérieur révèle un tyndall vitréen dans 168 cas (82,35%) une hyalite dans 36 cas (17,64%), un œdème maculaire dans 13 cas (6,37%), un œdème papillaire dans 9 cas (4,41%), une papillite dans 9 cas (4,41%), une vascularite rétinienne dans 70 cas (34,3%), une hémorragie intravitréenne dans 19 cas (9,31%), un décollement rétinien dans 26 cas (12,74) %.

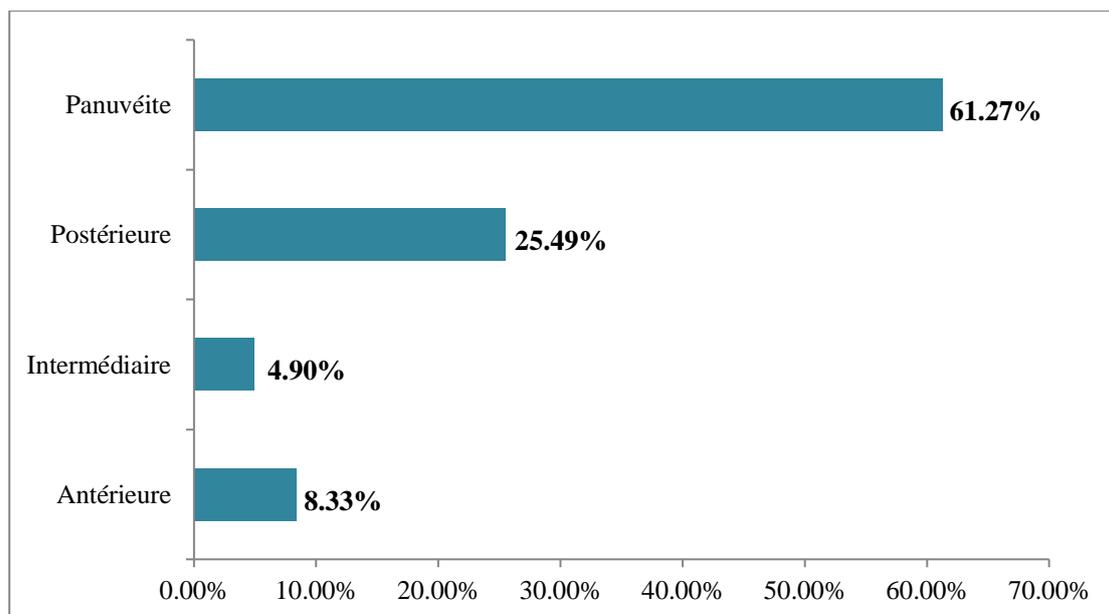
Une uvéite granulomateuse est retrouvée dans 16 cas (7,84%) dont trois cas sont rattachés à une sarcoïdose.



**Figure 8 : Fréquence des signes d'atteinte du segment postérieur.**

#### **1-4-Répartition des différentes formes cliniques des uvéites :**

Les panuvéites sont majoritaires dans notre série, avec un pourcentage de 61,27%, suivies des uvéites postérieures avec 25,49 %. Les uvéites antérieures sont notées dans 8,33 % des cas et les uvéites intermédiaires dans seulement 4,9 % des cas (Figure 9).

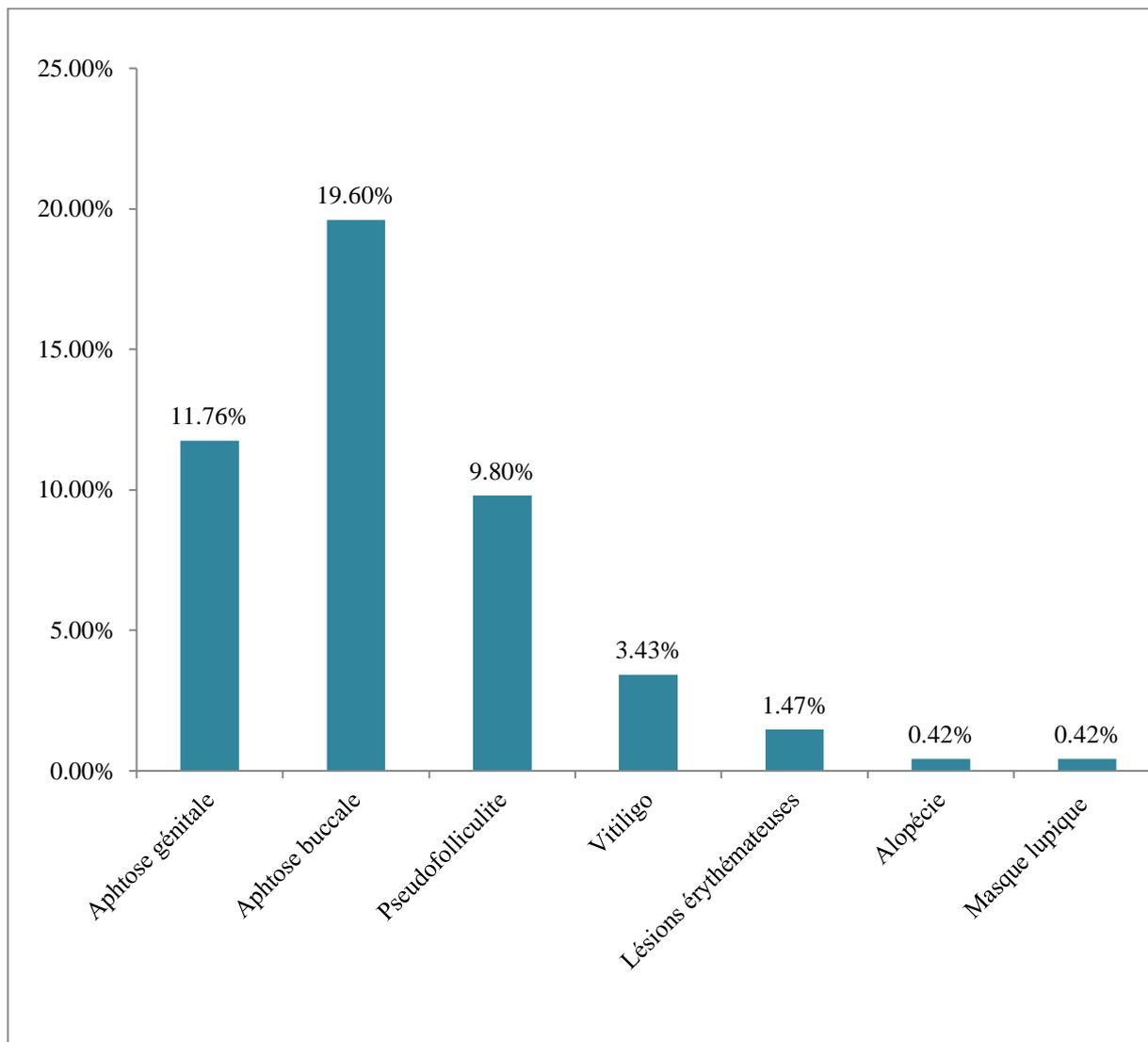


**Figure 9 : Répartition des différentes formes topographiques des uvéites**

## 2. Données de l'examen extra-ophtalmologiques :

### 2.1. Examen cutané :

L'examen cutané objective une aptose génitale chez 24 cas (11,76%), une aptose buccale chez 40 cas (19,60%), une pseudofolliculite chez 20 patients (9,80%), un vitiligo chez 7 cas (3,43%), des lésions érythémateuses chez 3 cas (1,47%), une alopecie chez un patient, et un masque lupique chez une patiente, les autres signes n'ont été objectivés en aucun cas (Figure 10).



**Figure 10 : répartition des manifestations dermatologiques**

## **2.2. Examen rhumatologique :**

L'examen a révélé des douleurs à la mobilisation des grosses articulations chez 2 cas et des douleurs lombaires chez 3 patients en rapport avec une raideur axiale.

## **2.3. Examen des membres inférieurs :**

L'examen a révélé des circulations veineuses superficielles chez 2 cas, et des oedèmes des membres inférieurs chez 2 cas.

## **2.4. Examen abdominal :**

Il avait retrouvé des douleurs abdominales à la palpation dans 2 cas.

## **2.5. Examen neurologique :**

L'examen a révélé un syndrome méningé chez 2 patients.

## **2.6. Autres :**

Le reste de l'examen somatique notamment l'examen pulmonaire, et cardio-vasculaire a été normal chez tous nos patients.

## **IV. Données des examens paracliniques :**

### **1. Bilan à visée ophtalmologique :**

#### **a. Echographie oculaire :**

L'échographie oculaire a été réalisée chez 22 patients soit 10,78%, qui a objectivé des échos intra-vitréens en rapport avec une réaction inflammatoire du vitrée chez 10 patients, une hyalite chez 7 patients, une hémorragie intra vitréenne chez 1 patient, et un décollement rétinien dans 4 cas.

#### **b. Angiographie :**

L'angiographie est réalisée chez 51 patients soit 25%, dont le but est de mieux analyser les lésions chorio-réiniennes. Elle a mis en évidence une vascularite rétinienne dans 41 cas dont elle est occlusive chez 8 cas, et associée à une neuropathie optique ischémique chez 1 seul cas, par ailleurs elle n'a pas objectivé d'anomalies chez 10 patients.

### **c. Tomographie par cohérence optique :**

L'OCT a été réalisée chez 22 patients, a mis en évidence un décollement séreux de la rétine chez 6 patients, un œdème maculaire chez 6 patients, un trou maculaire chez 3 patients, une membrane épitréiniennne chez 1 patient et une vascularite rétinienne occlusive chez 2 patients. Par ailleurs l'examen a été normal chez 4 patients.

## **2. Bilan à visée étiologique :**

### **2.1. Examens biologiques :**

#### **a. Bilan inflammatoire :**

Un syndrome inflammatoire biologique est noté chez 17 cas (8,33%) avec une CRP constamment élevée, dépassant 10mg/l, et une vitesse de sédimentation (VS) supérieure à 20mm la première heure dans 6 cas.

L'EPP a objectivé chez deux patientes une hypoalbuminémie associée à une augmentation en alpha 1 et 2, beta 2 globuline, une légère augmentation de gamma globuline.

La numération formule sanguine, réalisée chez tous nos patients, a objectivé une anémie hypochrome microcytaire dans 4 cas. Aucune autre anomalie n'a été décelée pour le reste des patients.

#### **b. Bilan infectieux :**

- La sérologie de l'hépatite B est réalisée chez 182 cas (90%), elle est revenue négative chez tous les patients. La sérologie de l'hépatite C est réalisée également chez 170 cas, revenue positive chez 2 patients.

- La sérologie TPHA/VDRL est réalisée chez 180 cas (88,23%), et n'est positive que dans 2 cas correspondant au diagnostic de syphilis.

- Le test rapide HIV est réalisé chez tous nos patients, et aucune séropositivité n'a été diagnostiquée.

- La sérologie de la toxoplasmose, réalisée chez 50 cas (24,5%), a montré une positivité des IgM dans 3 cas, et elle est douteuse dans 2 cas.

- Quarante-deux patients ont bénéficié de sérologie CMV (30%), qui a montré une positivité des IgM dans 3 cas.

- D'autres sérologies sont réalisées notamment la sérologie HSV chez 26 patients (12,74%), EBV chez 25 patients, et la rubéole chez 1 patient.

-Les bk crachats sont réalisés chez 110 patients (53,92%) et ils sont positifs chez 2 cas. L'intradermoréaction à la tuberculine est réalisée chez 20 patients et elle était positives chez 4 cas.

-Le quantiféron est réalisé chez 5 patients, il a été positif dans 2 cas.

### **c. Bilan immunologique :**

Le bilan immunologique (AAN et /ou ANCA) a été réalisé chez 24 patients, et il est revenu positif chez 3 patients, les AAN et les Ac anti-DNA sont positifs chez 2 patients, les APL sont positifs chez 1 seule patiente. Les ANCA ont été demandés chez 6 patients, revenant sans anomalies.

### **d. Autres :**

- Trois patients ont une hypercalcémie.
- Six patients ont des valeurs anormales de l'enzyme de conversion de l'angiotensine en rapport avec une sarcoïdose chez 2 cas.
- Un bilan rénal fait de l'urée et la créatinine est perturbé chez 1 cas en rapport avec ses antécédents rénaux.

### **2.2. Examens radiologiques :**

- Tous nos patients ont bénéficié d'une radiographie thoracique, qui est revenue normale dans tous les cas.
- Une TDM thoracique a permis de diagnostiquer des anomalies médiastino-pulmonaires dans 1 seul cas, sous forme d'adénopathies médiastinales compatibles à une granulomatose systémique de type sarcoïdose classée type 1, et des micronodules pulmonaires dans 4 cas.
- La radiographie des articulations sacro iliaques et du rachis dorsolombaire, réalisée dans 20 cas, a objectivé des anomalies évocatrices de spondylarthrite ankylosante dans quatre cas. Une radiographie incidence Blondeau réalisée dans 18 cas (8,82%) et elle est normale chez tous les cas.
- Une IRM sacro-iliaque a été réalisée chez 7 patients, et elle a été en faveur d'une SPA dans 4 cas.
- Un scanner cérébral a été réalisé chez 28 patients, objectivant une HTIC chez un patient et une thrombose cérébrale chez une patiente suivie pour maladie de Behçet.
- Une IRM cérébrale était réalisée dans 2 cas, elle a montré dans le premier cas des micros AVCI bilatéraux associés à une pathologie démyélinisante cérébrale et médullaire en faveur d'une SEP, et dans le 2ème cas des lésions en rapport avec un neuro-behçet.

### **2.3. Autres examens :**

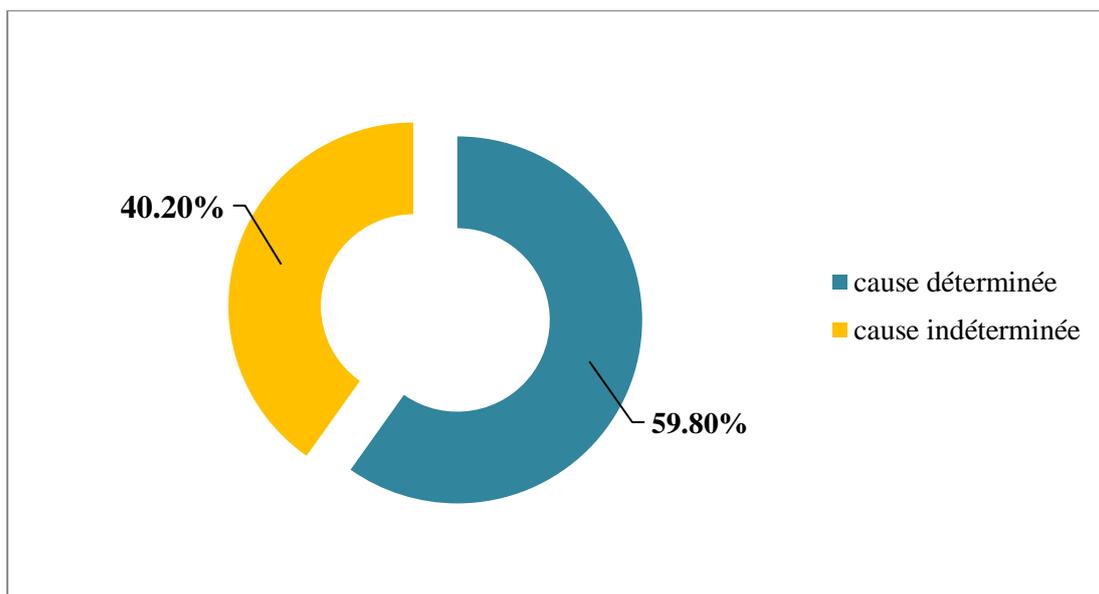
D'autres examens para-cliniques ont été réalisés en fonction du contexte clinique et des résultats des examens antérieurs : Il s'agissait surtout d'explorations réalisées chez une patiente dans le cadre de sarcoïdose.

- Une FOGD a été réalisée chez 3 patients.
- Le test de pathergie (Pathergy test) a été positif dans 4 cas.
- La biopsie des glandes salivaires accessoires a été réalisée chez 18 cas, elle est en faveur d'un granulome chez une patiente et un syndrome sec chez une patiente, en revanche elle est constamment normale chez le reste des patients.
- Une PL a été réalisée chez 16 patients, devant la présence d'un syndrome méningé ou bien des céphalées et devant un aspect très évocateur de la maladie de VKH à l'examen ophtalmologique. Les résultats des PL sont revenus en faveur d'une méningite lymphocytaire chez 2 cas.
- Le typage HLA a été fait dans 7 cas (3,43%). Le HLA B27 était positif dans deux cas.

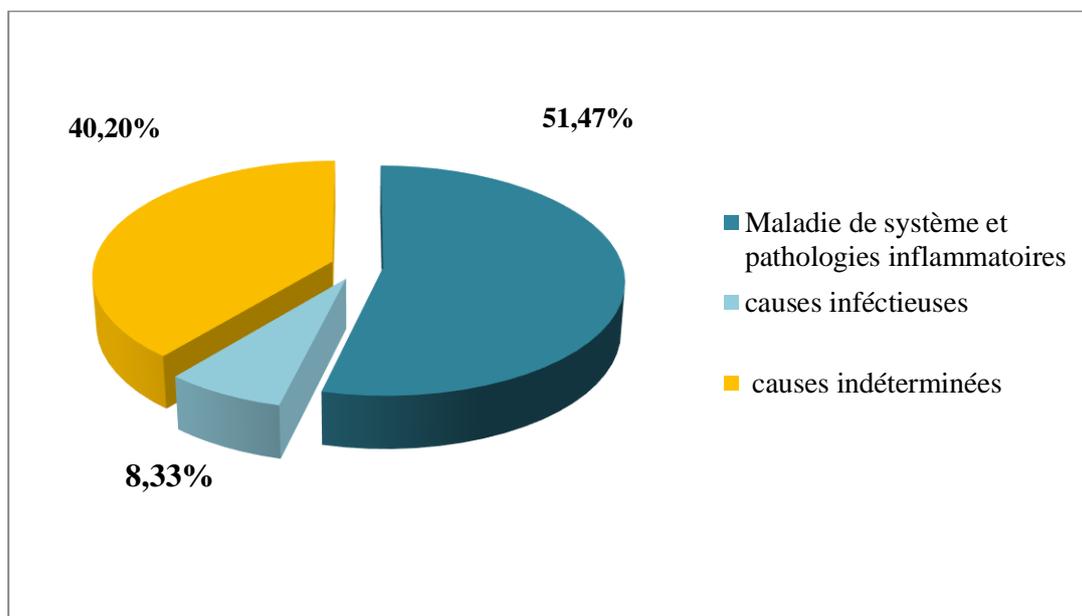
### V. Diagnostic étiologique :

L'étiologie de l'uvéite a été déterminée chez 122 patients soit 59,8%, tandis qu'elle reste idiopathique dans 82 cas soit 40,2% (Figure 11).

Les causes inflammatoires sont les étiologies les plus fréquentes par rapport aux causes infectieuses (Figure 12).



**Figure 11 : pourcentage des étiologies déterminées et indéterminées**



*Figure 12 : Répartition selon les étiologies*

### **1- Causes inflammatoires :**

En ce qui concerne les étiologies inflammatoires et maladies de système, la maladie de Beçhet vient en tête. Le diagnostic de la maladie a été retenu chez 77 patients (37,75%) en se basant sur les critères de classification de l'International Study Group for Behçet's disease (Annexe II).

Cinq cas de sarcoïdose ont été notés (6,7%). Un cas était confirmé par la mise en évidence d'un granulome inflammatoire non caséux avec cellules géantes et épithélioïdes à l'examen anatomo-pathologique lors d'une biopsie de glandes salivaires accessoires. Dans les autres cas le diagnostic était basé sur l'aspect granulomateux de l'atteinte oculaire associé à une anergie tuberculinique constante et d'autres manifestations évocatrices, notamment des arthralgies inflammatoires périphériques, une fièvre, la présence d'adénopathies médiastinales et hilaires bilatérales et de micronodules pulmonaires au scanner thoracique avec l'aspect granulomateux à la biopsie ganglionnaire dans un cas.

Une spondylarthrite ankylosante est retenue dans 5 cas (6,7%) en se basant sur les critères de classification proposés par AMOR et AL. (1990) (Annexe III), et la maladie de VKH a été retenu chez 7 cas selon les critères de l'Américain Uveitis Society élaborés en 1978 et révisés en 2001 (Annexe IV).

Les autres étiologies systémiques et inflammatoires sont moins fréquentes, représentées par un LES retrouvé chez 3 cas, une maladie de Wegener chez 2 cas, et un syndrome de Gougerot Sjögren chez un patient.

Le tableau IV illustre l'occurrence de chaque étiologie.

**Tableau IV : répartition des causes systémiques et inflammatoires des uvéites.**

<b>Diagnostic</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage %</b>
Maladie de Behçet	77	37,75%
Maladie de Vogt-Koyanagi-Harada	7	3,43%
Sarcoïdose	5	2,45%
Spondylarthrite ankylosante	5	2,45%
Lupus érythémateux systémique	3	1,47%
Rectocolite hémorragique	3	1,47%
Maladie de Wegener	2	0,98%
Syndrome de Gougerot-Sjögren	1	0,49%
Arthrite juvénile	1	0,49%
La maladie de Horton	1	0,49%

## **2-Causes infectieuses :**

Les étiologies infectieuses retrouvées dans 10%, représentées par la tuberculose, la syphilis, la toxoplasmose, le cytomégalovirus, l'herpès simplex, la rubéole, la rickettsiose et l'hépatite C (Tableau).

**Tableau V : répartition des causes infectieuses des uvéites**

<b>Cause infectieuse</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage %</b>
HSV	4	1,96%
Toxoplasmose	3	1,47%
CMV	3	1,47%
Tuberculose	2	0,98%
Syphilis	2	0,98%
Hépatite C	1	0,49%
Rubéole	1	0,49%
Rickettsiose	1	0,49%

### **3- Etiologies en fonction de la localisation des uvéites.**

#### **3-1-Etiologies des uvéites antérieures.**

Les étiologies des 17 uvéites antérieures ont été identifiées, le tableau VI illustre le pourcentage de chaque étiologie retrouvée.

**Tableau VI : Distribution étiologique des uvéites antérieures**

<b>Topographie de l'atteinte uvéale.</b>	<b>Etiologies</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Uvéite antérieure N=17</b>	Maladie de Behçet	4	1,96%
	SPA	4	1,96%
	RCH	2	0,98%
	CMV	2	0,98%
	Maladie de Horton	1	0,49%
	Syndrome de Gougerot-Sjögren	1	0,49%
	Rubéole	1	0,49%
	Tuberculose	1	0,49%
	Arthrite juvénile idiopathique	1	0,49%

### **3-2 Etiologies des uvéites intermédiaires**

Sur 10 uvéites intermédiaires une seule est attribuée à un LES, quatre cas sont liés à une maladie de Behçet, et 5 cas sont idiopathiques (Tableau VII).

**Tableau VII : Distribution étiologique des uvéites intermédiaires**

<b>Topographie de l'atteinte uvéale.</b>	<b>Etiologies</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Uvéite intermédiaire N=10</b>	Indéterminées	5	2,45%
	Maladie de Behçet	4	1,96%
	Lupus	1	0,49%

### 3-3- Etiologies des uvéites postérieures

Sur 52 uvéites postérieures 37 sont de diagnostic établi, 15 sont d'étiologie indéterminée. Le tableau VIII illustre la répartition des étiologies retrouvées.

*Tableau VIII : Distribution étiologique des uvéites postérieures*

Topographie de l'atteinte uvéale.	Etiologies	Nombre de cas	Pourcentage %
<b>Uvéite postérieur N=52</b>	Maladie de Behçet	21	10,29%
	Indéterminées	15	7,35%
	Maladie de Vogt-Koyanagi-Harada	3	1,47%
	Sarcoïdose	3	1,47%
	LES	2	0,98%
	Syphilis	2	0,98%
	Tuberculose	1	0,49%
	Toxoplasmose	1	0,49%
	HSV	1	0,49%
	CMV	1	0,49%
	Hépatite C	1	0,49%
	Rickettsiose	1	0,49%

### 3-4- Etiologies des panuvéites

Sur 125 panuvéites, 63 sont d'étiologie déterminée et 62 sont idiopathiques, le tableau IX détaille les proportions des étiologies retrouvées.

**Tableau IX : Distribution étiologique des Pan uvéites**

<b>Topographie de l'atteinte uvéale.</b>	<b>Etiologies</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Panuvéites N=125</b>	Indéterminées	62	30,39%
	Maladie de Behçet	48	23,52%
	Sarcoïdose	2	0,98%
	Maladie de Vogt-Koyanagi-Harada	4	1,96%
	Maladie de Wegener	2	0,98%
	Toxoplasmose	2	0,98%
	HSV	3	1,47%
	RCH	1	0,49%
	SPA	1	0,49%

## **VI. Traitement :**

### **1. Les corticoïdes :**

Une corticothérapie a été indiquée chez 194 patients (95%). La voie locale était utilisée dans 8,25 % des cas, la voie générale dans 91,75% des cas.

La corticothérapie par voie locale a été administrée chez 16 patients qui avaient une uvéite antérieure.

La corticothérapie par voie intraveineuse a été utilisée dans 178 cas sous forme de bolus intraveineux de méthylprednisolone pendant 3 jours, puis relais par voie orale sous forme de prednisone à la dose de 1mg/kg/J puis une dégression progressive selon l'évolution. Cette dernière était administrée chez 121 patients (67,98 %) ayant une panuvéite, et chez 47 patients (26,40 %) ayant une uvéite postérieure et chez 10 patients (5,62%) ayant une uvéite intermédiaire.

## 2. Les immunosuppresseurs :

Un traitement immunosuppresseur a été additionné chez 145 des patients. Il est représenté par :

-Le cyclophosphamide utilisé chez 114 patients (55,88%), il est administré en 6 cures voire même plus allant jusqu'à 12cures pour les patients qui présentent une rechute tardive après les premières 6 cures, sous forme de bolus au premier jour, le 15 ème jour,le 30ème jour puis 3 cures mensuelles.

-L'azathioprine prescrit chez 107 patients (52,45%) d'emblée ou en relais au cyclophosphamide.

-Le méthotrexate administré chez 17 cas (8,33%).

-Le mycophénolate mofétil utilisé chez cinq patients vu la non disponibilité des anti TNF.

-La ciclosporine administrée chez 2 cas. (Tableau X)

Les indications du traitement immunosuppresseur sont la présence d'une forme d'uvéite bilatérale, sévère ou récidivante et en cas de corticodépendance.

**Tableau X : Répartition de traitement immunosuppresseur**

Traitement immunosuppresseur	Nombre de cas	Pourcentage %
Le cyclophosphamide	114	55,88%
L'azathioprine	107	52,45%
Le méthotrexate	17	8,33%
Le mycophénolate mofétil	5	3,43%
La ciclosporine	2	0,98%

## 3. La biothérapie :

La biothérapie est utilisée chez 31 patients (15,20%). Elle est représentée essentiellement par l'infliximab (27 patients), administré à la dose de 5mg/kg, en perfusion en IV, aux semaines 0,2, 6, puis toutes les 8 semaines, et l'adalimumab (4 patients), administré à la dose initiale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg toutes les 2 semaines.

Parmi les indications de l'introduction de la biothérapie on retrouve :

- Age très jeune [15-55],
- Sévérité de l'atteinte oculaire,
- Echech des traitements préalables,
- Effets secondaires des traitements préalables,

La biothérapie est indiquée comme traitement de première intention après un bolus de corticothérapie chez 12 patients, de 2<sup>ème</sup> intention chez 16 patients et de 3<sup>ème</sup> intention chez 3 patients.

#### **4. L'antiviral :**

Le ganciclovir est administré dans 3 cas, qui ont une sérologie de CMV positive. En revanche l'aciclovir est administré dans 4 cas ayant une uvéite herpétique.

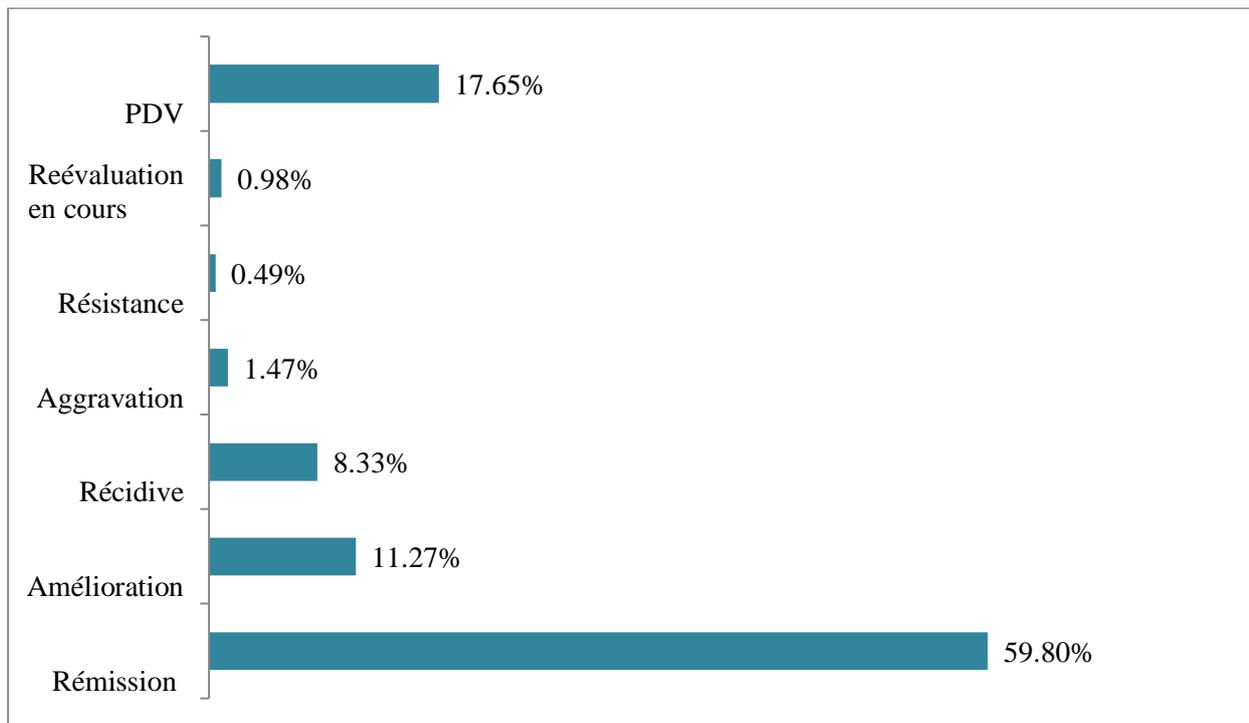
#### **5. Autres traitements :**

- Le recours aux anticoagulants à base d'énoxaparine a été nécessaire dans 3 cas (1,47%) de thromboses veineuses profondes du membre inférieur et cérébrale, évoluant dans le cadre de la maladie de Behçet.
- La colchicine a été utilisée chez 77 cas (37,75%) présentant une maladie de Beçhet.
- La benzathine benzylpénicilline a été administrée chez deux patients, qui ont une sérologie TPHA/VDRL positive.
- Deux patients ont été mis sous traitement antibacillaire.
- le co-trimoxazole à dose curative pendant 6 semaines a été administré chez 3cas présentant une sérologie positive de la toxoplasmose.
- Un traitement anti paludique a été utilisé dans 3 cas (1,47%) de LES avec une atteinte articulaire.

### **VII-EVOLUTION**

La durée moyenne de suivi était de 29mois, +/- 26,56 (1 à 96 mois). Trente-sept patients ont été suivis à long terme, soit un pourcentage de 82,2 %, et 17,8 % ont été perdus de vue.

Une rémission a été notée chez 122 patients (59,8%), dont 54 patients (26,4 %) ayant gardé des séquelles, une amélioration chez 23 patients (11,27%), Une aggravation a été notée dans 3 cas soit 1,47%, la récurrence chez 17 cas (8.33%), et une résistance chez un seul patient (Selon les critères de l'évolution des uvéites). (Figure 13, Tableau XVII)



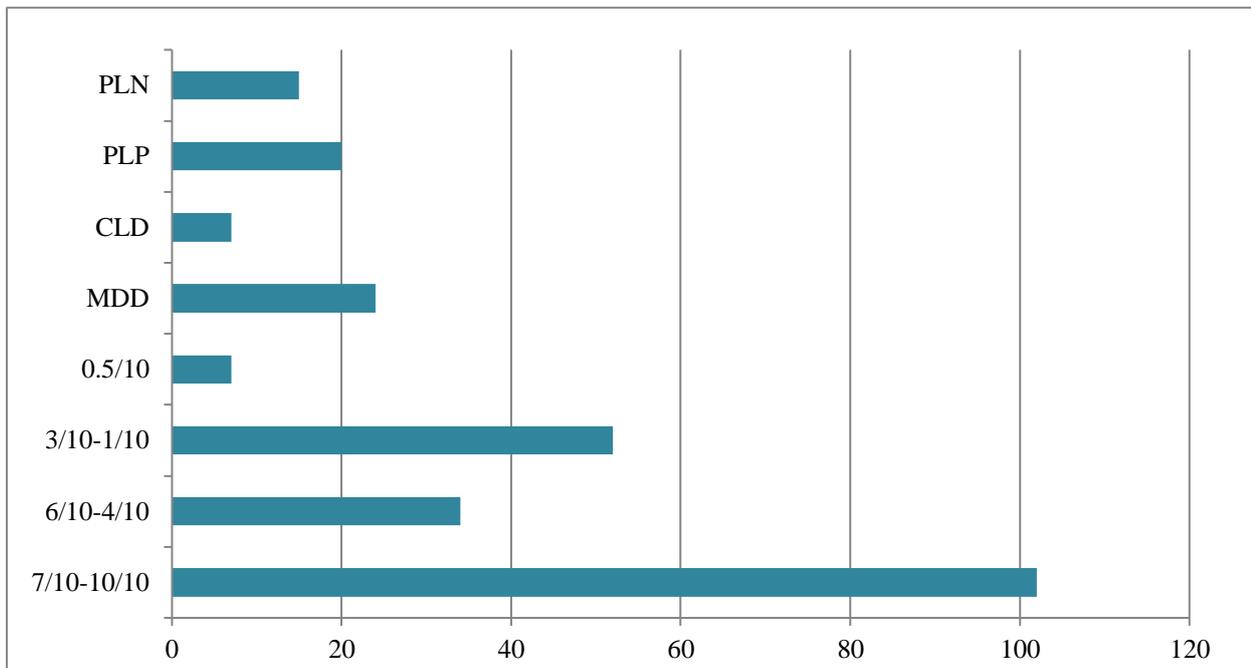
**Figure 13 : Répartition des patients selon l'évolution**

### **VIII. Suivi :**

Nos patients sont suivis régulièrement avec un contrôle de l'AV, examen ophtalmoscopique, mesure du TO, examen du FO avec une surveillance angiographique régulière, et d'autres examens complémentaires dont le rythme varie d'un patient à l'autre. Le suivi est assuré en parallèle entre ophtalmologue et interniste, avec un rythme variable selon la sévérité de l'atteinte avec une moyenne de 3 mois.

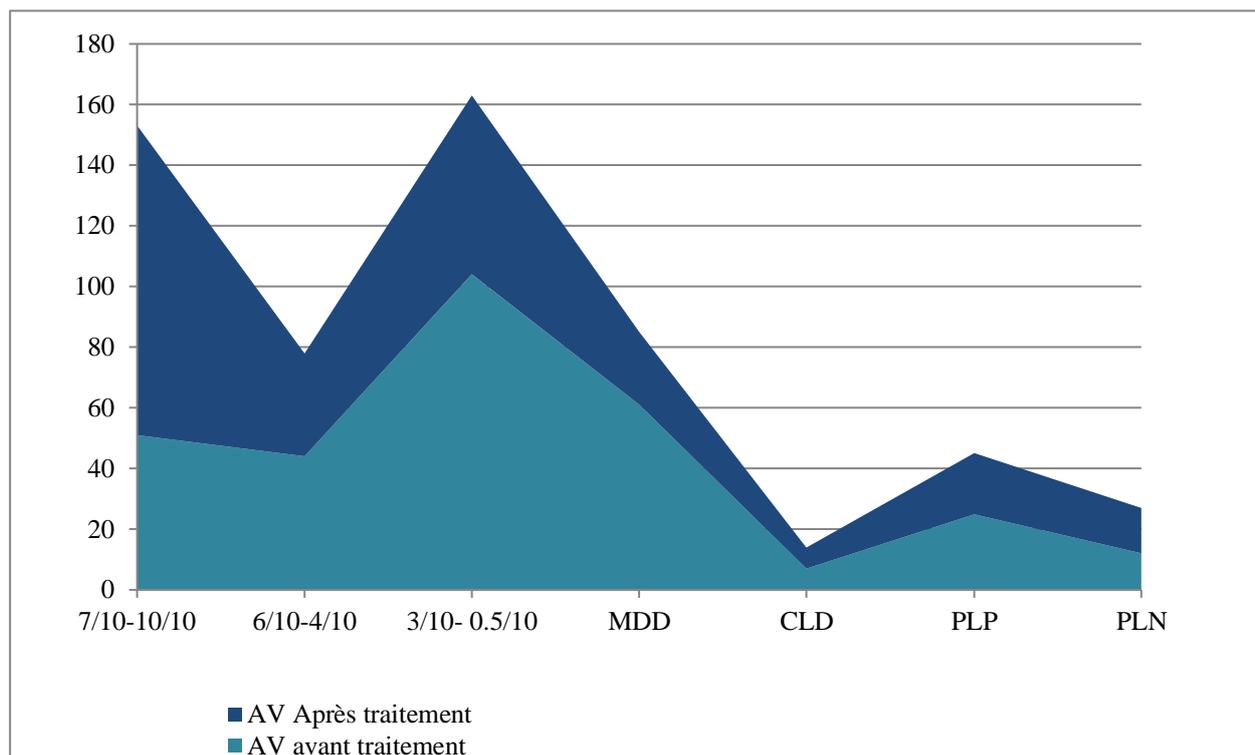
Au cours du suivi, 54 patients soit 26,47% de nos patients ont présenté au moins une récurrence avant de marquer une rémission à la fin de l'étude.

Une nette amélioration de l'AV est observée chez la majorité des patients, elle est supérieure à 6/10ème chez 39,42% des yeux après traitement (Figure 14).



**Figure 14 : Répartition selon l'acuité visuelle de l'œil atteint après le traitement.**

La comparaison de l'acuité visuelle avant et après traitement objective une évolution favorable de nos patients après la prise en charge thérapeutique, avec une diminution conséquente du pourcentage des patients ayant une acuité visuelle inférieure à 1/10 de 44,19 à 21 %, et le passage de la proportion des patients ayant une acuité visuelle supérieure à 7/10 de 14,82% à 29,65%(Figure15).



**Figure 15 : Répartition de l'acuité visuelle de l'œil atteint avant et après traitement.**

## **IX. Complications :**

Cinquante-neuf patients (28,92%) ont présenté des complications qui ont été soit en rapport avec les traitements reçus soit en rapport avec l'inflammation oculaire, ses complications sont réparties comme suit :

- Une cataracte chez 33 patients.
- Hypertonie oculaire chez 17 patients.
- Un décollement rétinien chez 26 patients.
- Un trou maculaire chez 6 patients.
- Une atrophie optique chez 1 patient.
- Un diabète cortico-induit chez 5 patients.
- Un syndrome cushingoïde induit chez 2 patients.
- Un glaucome iatrogène chez deux patients.
- Des troubles psychiatriques secondaires à la corticothérapie dans 1 seul cas.
- Deux patients ont développé, suite à l'introduction de l'azathioprine, une cytolysé hépatique, et deux autres patients ont développé une hypoplasie médullaire, ce qui a induit l'arrêt du traitement.
- Une toxidermie secondaire à l'introduction de l'infliximab chez un patient.
- Un zona post cyclophosphamide chez un patient.

## **X. Analyse des résultats :**

Pour définir les facteurs pronostiques associés à une acuité visuelle (AV) finale basse, inférieure à 1/10e chez les patients suivis pour uvéite ; nous avons comparé deux sous-groupes de patients ; patients ayant une AV visuelle finale inférieure à 1/10e après traitement et les patients qui ont une AV visuelle finale supérieur à 1/10e après traitement.

Nous avons étudié plusieurs paramètres épidémiologiques, cliniques et évolutifs.

L'analyse univariée a été réalisée en utilisant le test de Chi<sup>2</sup> pour la comparaison des pourcentages et le test de Student pour la comparaison des moyennes. Les facteurs ayant un  $p < 0,2$  ont été inclus dans une analyse multivariée (régression logistique binaire). Le résultat a été considéré comme statistiquement significatif lorsque  $p < 0,05$ .

Nous avons trouvé en analyse univariée une différence statistiquement significative entre le groupe des patients avec une AV finale inférieure à 1/10e après traitement et ceux avec une AV finale supérieure à 1/10 en ce qui concerne le sexe masculin ( $p = 0,003$ ), le nombre élevé de récurrences oculaires ( $p = 0,001$ ), et la présence d'une AV initiale avant traitement inférieure à 1/10e ( $p = 0,001$ ). L'analyse multivariée a confirmé que le nombre de récurrences et la présence d'une AV initiale inférieure à 1/10 sont des facteurs de mauvais pronostic fonctionnel au cours du suivi des patients présentant une uvéite (Tableau XI et Tableau XII).

**Tableau XI : Tableau récapitulatif de l'analyse univariée.**

Variables	Acuité visuelle < 1/10		p
	Oui N=73 œil atteint	Non N= 188 œil atteint	
Age :	Moyenne=36,23(+/- 11,99)	Moyenne=35,21(+/- 12,91)	0,581
Sexe :			<b><u>0,003</u></b>
Homme	49 (67,1%)	88 (46,8%)	
Femme	24 (32,9%)	100 (53,2%)	
Mode d'installation :			0,804
Aigue	28(38,4%)	69(36,7%)	
Chronique	45(61,6%)	119(63,3%)	
Délai de consultation supérieur à 1 mois :			0,500
Oui	24(32,9%)	52(27,7%)	
Non	49(67,1%)	136(72,3%)	
Type d'uvéite :			0,098
Antérieure	1(1,4%)	17(9%)	
Intermédiaire	2(2,7%)	11(5,9%)	
Postérieure	21(28,8%)	45(23,9%)	
Panuvéite	49(67,1%)	115(61,2%)	
Acuité visuelle initiale < 1/10			<b><u>0,001</u></b>
Oui	56(76,7%)	69(36,7%)	
Non	17 (23,3%)	119(63,3%)	
Synéchies			0,451
Oui	22(30,1%)	48(25,5%)	
non	51(69,9%)	140(74,5%)	
Cataracte			0,961
Oui	13(17,8%)	33(17,6%)	
Non	60(82,2%)	155(82,4%)	
Hyalite			0,673
Oui	12(16,4%)	27(14,4%)	
Non	61(83,6%)	161(85,6%)	
Hémorragie intravitréenne			0,833
Oui	6(8,2%)	17(9%)	
Non	67(91,8%)	171(91%)	
Œdème maculaire			0,485
Oui	4(5,5%)	15(8%)	
Non	69(94,5%)	173(92%)	
Œdème papillaire oui			0,074
	1(1,4%)	13(6,9%)	

non	72(98,6%)	175(93,1%)	
Vascularite			0.123
Oui	18(24,7%)	65(34,6%)	
Non	55(75,3%)	123(65,4%)	
Décollement rétinien			0.241
Oui	13(17,8%)	23(12,2%)	
Non	60(82,2%)	165(87,8%)	
Récidive			<b>0.001</b>
Oui	40(54,8%)	57(30,3%)	
Non	33(45,2%)	131(69,7%)	

*Tableau XII : Tableau récapitulatif de l'analyse multivariée.*

Variables	p	Odds ratio	Intervalle de confiance à 95 %	
			Inférieur	Supérieur
Acuité visuelle initiale < 1/10	<b><u>0.001</u></b>	12,599	3,394	46,775
Récidive	<b><u>0.05</u></b>	1,878	1,000	3,527
Vascularite	0.141	0,597	0,301	1,186

Les résultats obtenus dans cette étude nous permettent de faire les conclusions suivantes :

- Les cas d'uvéite sévères sont fréquents dans notre série.
- Le délai de consultation tardif est un problème majeur dans notre série dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique.
- Le profil étiologique a été déterminé dans plus de la moitié des cas, il est dominé par la maladie de Behçet.
- La démarche étiologique doit comporter par ordre de priorité un interrogatoire et un examen clinique minutieux, certains examens paracliniques qui doivent être systématiques et enfin d'autres explorations réalisées au cas par cas selon le contexte clinique.
- Dans notre population, on est limité par rapport au bilan paraclinique, vu la contrainte des moyens.
- Le traitement des uvéites doit comporter un volet symptomatique et un volet étiologique. Celui des uvéites postérieures, de vascularites rétinienne et des panuvéites doit être obligatoirement basé sur la

**corticothérapie générale et sur les immunosuppresseurs et / ou la biothérapie à des doses et des durées suffisantes.**

- **La prise en charge dans un délai tardif est un facteur péjoratif compromettant l'évolution de l'affection malgré un traitement bien conduit.**
- **Le nombre de récurrences et la présence d'une AV initiale inférieure à 1/10 sont des facteurs de mauvais pronostic fonctionnel au cours de suivi des patients présentant une uvéite.**

## **DISCUSSION :**

### **I-Epidémiologie :**

#### **a) Incidence mondiale :**

L'uvéite est une pathologie oculaire très variée dans sa présentation clinique, allant d'une réaction inflammatoire de l'uvée de faible intensité à une atteinte grave et prolongée pouvant conduire à la cécité. Son incidence annuelle en Europe et en Amérique du nord se situe entre 17 et 24/100000 habitants [4], les études épidémiologiques en Afrique sont rares [5].

L'analyse épidémiologique des uvéites a déjà fait l'objet de nombreuses publications scientifiques à travers le monde comme en Europe, en Amérique du Nord et du Sud, en Asie, en Océanie et en Afrique. Ces études décrivent pour la plupart la présentation anatomo-clinique des uvéites et les différentes étiologies responsables. Malgré tout, les résultats sont difficilement comparables à cause des facteurs géographiques, ethniques et environnementaux qui diffèrent.

#### **b) Sexe**

Sur l'ensemble des uvéites, toutes causes confondues, le sex-ratio est homogène dans la majorité des grandes séries internationales [6-7]. Le sex-ratio varie entre 1,2 et 0,7. Dans notre série le sex-ratio 1,21. Ce ratio varie considérablement en fonction des étiologies.

#### **c) Age**

L'uvéite peut survenir à tout âge, mais touche principalement les personnes âgées de 20 à 60 ans avec un pic de fréquence entre 35 et 45 ans [8-9]. Ces données sont comparables à celles de notre série où la moyenne d'âge était de 35,29 ans (+/-12,56) avec une prédominance de la tranche d'âge entre [30-40 ans]. En effet, la grande majorité des séries rapportent des fréquences plus faibles d'uvéites chez les enfants et les personnes âgés.

### **II- données cliniques :**

Le délai de consultation des patients dans notre série est relativement long, ceci est dû essentiellement à la présence d'un seul service d'ophtalmologie (service d'ophtalmologie de CHU de Fès) qui prend en charge cette pathologie, et qui couvre une grande région qui dépasse sa zone médicale qui est la région de Fès-Boulemane. De ce fait, la difficulté d'accès aux soins fait que les malades ne sont diagnostiqués qu'à une phase tardive et assez avancée de la maladie.

Ce qui nous pousse à proposer le déploiement de centres régionaux spécialisés prenant en charge ce genre de pathologie à Taounate, Taza, Séfrou, Midelt,

Errachidia, khénifra, Mèkness ... pour rapprocher à nos concitoyens un service de soin de qualité qui permettra de dépister, soigner et explorer la maladie précocement afin d'améliorer le pronostic.

La baisse de l'acuité visuelle est le signe majeur qui a poussé 93,13 % de nos patients à consulter, cette baisse est retrouvée dans toutes les séries publiées [10-11], La baisse de l'acuité visuelle représente naturellement le signe qui alarme plus les patients et qui les pousse donc le plus à consulter en comparaison avec les autres signes comme la myodesopsie, la rougeur ou même la douleur périorbitaire dont ils semblent sous-estimer.

La bilatéralité des uvéites est variable selon les différentes séries, les atteintes unilatérales chez l'adulte représentent 26 à 68% des cas [12], notre étude a mis en évidence une atteinte unilatérale dans 27,45% des cas.

Il est intéressant de comparer nos résultats avec les proportions des localisations anatomiques des uvéites dans la littérature (Tableau XIII). De cette comparaison découle que les uvéites antérieures sont prédominantes dans la majorité des séries avec un pourcentage proche de 50% [8, 13, 14, 15].

Notre étude fait l'exception avec celle de Labbouï [16], El Alaoui [17] et Neiter et Al [18], (ou les panuvéites sont prédominantes), et la série de Bodaghi [12] (ou la répartition des uvéites est par ailleurs plus homogène). Ce profil explique la sévérité que représentent nos patients par rapport aux séries publiées. Les uvéites intermédiaires sont les moins fréquentes et ne sont jamais la première cause d'uvéites dans les séries étudiées. La série allemande de Jacob [8], présente la proportion la plus importante d'uvéites intermédiaires (deuxième localisation anatomique) avec un pourcentage de 22,9 %. Les uvéites postérieures sont la troisième localisation d'uvéites sur huit séries étudiées en plus de la nôtre (avec 25,49 % des cas).

Plusieurs hypothèses explicatives peuvent être évoquées afin d'expliquer ces différences. On peut en effet suggérer la présence de facteurs génétiques, ethniques ou environnementaux influençant la gravité de l'atteinte oculaire [12]. En outre, la difficulté d'accès aux soins et le délai de consultation long fait que nos malades ne sont diagnostiqués dans la majorité des cas qu'après extension de l'inflammation. Ainsi que le caractère rétrospectif de notre étude comprend plusieurs biais, notamment des biais de sélection des patients : étant menée dans un centre tertiaire, elle pourrait exclure un échantillon de population géré en ambulatoire présentant des formes d'uvéite simple.

**Tableau XIII : Localisation anatomique de l'uvéïte en comparaison avec la littérature**

	Pays/ville	Effectif	Uvéïtes antérieures	Uvéïtes intermédiaires	Uvéïtes postérieures	Panuvéïtes
Bodaghi 2001 [12]	France	927	28,5%	15%	21,6%	35%
Kazokoglu 2008 [13]	Turquie	761	52,2%	6,7%	12,7%	28,1%
Jakob 2009 [8]	Allemagne	1916	45,4%	22,9 %	13,5 %	6,2 %
Labbioui 2010 [16]	Maroc (Fès)	201	19 %	3 %	16 %	62 %
Nguyen 2011 [14]	France	121	38,8%	8,2%	25,6%	27,2%
Chebil et al 2013 [15]	Tunisie	424	48 %	5 %	13,3%	33,6 %
El Alaoui 2017 [17]	Maroc (Rabat)	74	30 %	5 %	18 %	47 %
Neiter et al 2019 [18]	France	690	30%	3%	16%	52%
Notre série	Maroc (Fès)	204	8,33 %	4,9%	25,49%	61,27%

Dans notre série, les lésions associées retrouvées en premier lieu sont les lésions cutanées ceci est sans doute dû au fait que l'atteinte cutanée est présente dans la plupart des pathologies responsables d'uvéïte dans notre contexte maghrébin. Dans certains cas elle en constitue un élément diagnostique majeur, notamment au cours de la maladie de Behçet retrouvée dans notre série chez 37,75% des patients.

### **III-Etiologies des uvéïtes :**

La variété des présentations cliniques et les nombreuses étiologies rendent la démarche diagnostique difficile, et dans 30 à 50 % des cas la cause de l'uvéïte reste indéterminée [15]. Les résultats des différentes études épidémiologiques sont hétérogènes en raison de différences épidémiologiques (variations géographiques, ethniques ou environnementales), de la diversité des critères d'inclusion et des démarches diagnostiques utilisés. Le diagnostic étiologique a été établi dans notre étude dans 59,8%, ce qui rejoint à peu près les résultats des séries marocaines [16, 17], et les autres séries de la littérature [15, 18] (Tableau XIV).

**Tableau XIV : comparaison de différentes études en fonction de cause déterminée/indéterminée**

Séries	Cause déterminée	Cause indéterminée
Labbioui 2010 [16]	53%	47%
Nguyen et al 2011[14]	70,3%	29,7%
Chebil et al 2013[15]	48,8%	51,2%
El Alaoui 2017[17]	51%	49%
Neiter et al 2019 [18]	48,4%	51,6%
Notre Série	59,8%	40,2%

-Dans l'étude de Nugyan et al [14], et Chebil et al [15], les étiologies étaient dominées par les maladies de système et cela comparable avec notre étude, par contre dans l'étude de Bouillet et al [19] et Labbioui [16], les causes infectieuses étaient les plus fréquentes (Tableau XV).

**Tableau XV : comparaison des différentes études en fonction du diagnostic étiologique.**

Séries	Causes infectieuses	Maladie de système	Entité ophtalmologique	Autres
Bouillet et al. [19]	65%	7%	21%	7%
Labbioui [16]	29%	19,4%	--	--
Nugyen et al. [14]	26,4%	35,5%	8,3%	--
Chebil et al. [15]	17,6%	25,3%	8,2%	--
El Alaoui [17]	19%	32%	--	--
Neiter et al [18]	13%	--	--	3,76%
Notre série	8,33%	51,47%	--	--

Les trois principales étiologies d'uvéïte, tous types confondus, dans notre série sont représentées par : la maladie de Behçet (37,74 %), la maladie de VKH (3,43 %), et la sarcoïdose (2,45 %). La maladie de Behçet était particulièrement significativement plus fréquente dans notre série. Cette fréquence élevée de cette maladie dans notre population est expliquée par la distribution géographique

particulière de la maladie de Behçet dans la zone du bassin méditerranéen et de l'ancienne historique route de soie, localisée entre la latitude 30° et 45° nord [20,21]. Des fréquences similaires ont été rapportées dans plusieurs séries de proche, extrême orient, et les pays situés autour du bassin méditerranéen [15,22]. Le Maroc est un pays méditerranéen de nord Afrique n'échappe pas à cette distribution géographique [23].

#### **IV-Traitement :**

Les objectifs de toute stratégie thérapeutique anti-inflammatoire des uvéites sont les suivants :

- Contrôler rapidement l'inflammation oculaire afin de limiter les dommages structuraux irréversibles et préserver la fonction visuelle.
- Prévenir les récurrences inflammatoires, à l'origine de complications uvéitiques, être efficace sur les manifestations extra-ophtalmologiques en cas d'uvéite associée à une maladie inflammatoire avec atteinte systémique.
- Limiter l'emploi des corticoïdes systémiques au long cours du fait de leurs effets indésirables, optimiser la balance bénéfice-risque et favoriser l'observance [24].

De manière concordante aux données de la littérature, presque tous nos patients ont été mis sous une corticothérapie à visée étiologique et/ou symptomatique [25].

Un bolus intraveineux de méthylprednisolone a été administré chez 178 patients, pendant 3 jours, puis relais par voie orale sous forme de prednisone à la dose de 1mg/kg/J puis une dégression progressive selon l'évolution.

Un traitement immunosuppresseur a été additionné chez 145 des patients. La biothérapie était utilisée chez 31 patients (15,20%). Ce faible pourcentage est dû à la disponibilité limitée du produit au sein de notre structure hospitalière et au manque de moyens chez nos patients, pour la plupart bénéficiant du RAMED, pour se procurer le traitement à titre privé.

- Dans la série de labbioui [16] : La corticothérapie a été administrée chez tous les patients, sous toutes les formes locale, orale, ou bolus. Le recours aux immunosuppresseurs a été prescrit dans 15 cas (7,35%).

- Dans la série de Kabbaj [26] : Une corticothérapie était administrée chez 41 patients (91,1%). La voie locale était utilisée dans 19 cas (46,3%), et la voie générale dans 31cas (75,6%). Un traitement immunosuppresseur a été utilisé chez 20 patients (44,4%).

-Dans la série de El Alaoui [17] ; Une corticothérapie était administrée chez presque tous les patients. La voie locale était utilisée chez 87 % des patients, et la voie générale chez 31cas (75,6%). Un traitement immunosuppresseur a été utilisé chez

13% des patients. La biothérapie a été administrée chez 1 % des patients (Tableau XVI).

-On note un recours moindre aux immunosuppresseurs dans la majorité des séries publiées par rapport à la nôtre, cette différence peut être expliquée par le degré de sévérité de l'atteinte oculaire qui est plus élevé dans notre série, ainsi que la prédominance des uvéites infectieuses qui ne nécessitent pas un traitement immunosuppresseur dans les autres séries par rapport à notre série.

**Tableau XVI : comparaison du traitement des uvéites avec les séries régionales**

Séries / Traitement	Labbioui [16]	Kabbaj [26]	Chahib [27]	El Alaoui [17]	Albaroudi [28]	Notre série
Corticoïdes	100%	91,1%	100%	100%	70,8%	95 %
Immunosuppresseurs	7,35%	44,4%	37,9%	13%	19,3%	71%
Biothérapie				1%		15, 20%.

## V. évolution :

L'évolution de l'activité d'uvéite peut être jugée sur de nombreux critères anatomiques ou fonctionnels. L'appréciation de l'évolution permet d'adapter les décisions thérapeutiques [29].

**Tableau XVII : évolution de l'activité d'une uvéite selon la standardisation de la nomenclature des uvéites (standardization of uveitis nomenclature (SUN)) [29]**

Type	Définitions
Inactif	Absence de cellules
Aggravation	Augmentation de deux grades de l'inflammation, ou passage d'un tyndall 3+ à un tyndall 4+
Amélioration	Diminution de deux grades ou disparition de l'inflammation
Rémission	Maladie inactive depuis 3 mois, en l'absence de traitement à visée oculaire

Dans notre étude la rémission a été notée que chez 59,8 %, dont 26,47 % de patients ont présenté au moins une récurrence et 21,56% de patients ont développé des séquelles. Ceux-ci pourraient être expliqués par le profil sévère chez nos patients et par le délai diagnostique tardif qui a fait que les malades ont été admis à des stades séquellaires répondant par définition défavorablement au traitement.

Dans la série de Kabbaj [26], une rémission a été notée dans 48,6%, une amélioration dans 32,4%.

**Tableau XVIII : comparaison de l'évolution des patients**

	<b>Kabbaj [26]</b>	<b>Notre série</b>
<b>Rémission</b>	48,6%	59,8%
<b>Amélioration</b>	32,4%	11,27%
<b>Résistance</b>	13,5%	0,49%

## **VI. Complications :**

Avec un traitement adapté, les uvéites peuvent guérir sans séquelles. Mais la fréquence des récurrences, et la répétition des épisodes favorisent les complications.

- Dans l'étude tunisienne de Chebil et al [15] et l'étude de El Alaoui la cataracte était la complication la plus fréquente, ce résultat est comparable avec les résultats de notre série. Par contre dans la série de Labbioui [16], le décollement rétinien était la complication la plus fréquente. (Tableau XIX)

Complications	Labbioui [16]	El Alaoui el abdellaoui [17]	Albaroudi et al [28]	Chebil et al. [15]	Notre série
Hypertonie oculaire	17%	12,16%	4,4%	12%	8,33%
Décollement rétinien	31%	5,4%	2,3%	--	12,74%
Cataracte	26%	17,86%	38,1%	21,6%	16,66%
Diabète	9%	--	--	--	2,45%
Trou maculaire	9%	--	--	5,6%	2,94%

*Tableau XIX : Comparaison des complications avec d'autres séries*

## VII. Suivi :

Le suivi était satisfaisant chez la plupart de nos patients, tant au plan de AV, que du contrôle de processus inflammatoire. Le rythme du suivi est variable selon la sévérité de l'atteinte, avec un délai moyen de contrôle de 3 mois ce qui prouve l'efficacité de l'attitude diagnostique et thérapeutique au service malgré l'insuffisance du plateau technique. Nos résultats sont comparables à la série de Labbioui [16] qui avait un temps de suivi de 3 mois également, par contre la durée moyenne de suivi dans la série de Kabbaj [26] était de 2 mois.

## VIII. Résultat analytique.

Dans notre étude, les facteurs de mauvais pronostic en termes d'AV finale étaient le nombre de récurrences et la présence d'une AV initiale inférieur à 1/10. Dans l'étude de Albaroudi et al [28], les facteurs de mauvais pronostic étaient, le type d'uvéite, en particulier l'atteinte postérieure et la panuvéite, l'œdème maculaire cystoïde (OMC), la membrane épimaculaire (MEM), la cicatrice maculaire et l'atrophie optique, ainsi que la cataracte, les opacités cornéennes et vitréennes étaient des facteurs de risque de perte modérée d'AV ( $2/10 \leq AV \leq 4/10$ ) dans la même série [28]. Dans la série de Tomkins-Netzer et al. [30], les facteurs de mauvais de pronostic était les uvéites avec atteinte du segment postérieur, l'OMC, la cicatrice maculaire, la neuropathie optique et l'ischémie maculaire. Par ailleurs, dans la série de Bodaghi et al. [31], les patients présentant une uvéite chronique sévère ont développé une cécité dans 3 % des cas et 18 % d'entre eux ont gardé un OMC réfractaire au traitement. Ces différences de résultats peuvent s'expliquer par la structuration différente de ces études [32].

## **Conclusion :**

À partir de cette étude consolidée par une revue de la littérature, nous rappelons que les uvéites constituent une pathologie grave touchant surtout l'adulte jeune de sexe masculin en pleine activité professionnelle d'où l'impact social.

La démarche diagnostique doit avant tout être orientée par le contexte et les données de l'examen ophtalmologique et général, puis complétée par un bilan adapté.

Le traitement repose sur les corticoïdes qui agissent par leur effet anti inflammatoire afin de tarir les poussées, et sur les immunosuppresseurs qui ont permis d'améliorer nettement le pronostic fonctionnel.

La collaboration étroite entre l'ophtalmologue et le médecin interniste demeure capitale dans la prise en charge des uvéites.

Un suivi prolongé des patients avec répétition des bilans étiologiques selon l'évolution pourrait contribuer à diminuer le taux d'uvéite idiopathique.

## **RESUME**

**Mots clés :** Uvéite - Formes cliniques -Etiologies -Immunosuppresseurs – Biothérapie-Facteurs pronostiques.

### **Introduction**

L'uvéite est une inflammation de l'uvée, composée de l'iris, le corps ciliaire et la choroïde. Elle réalise des tableaux divers et peut mettre en jeu le pronostic visuel des patients. Ses causes sont multiples regroupant essentiellement les maladies purement ophtalmologiques, les maladies infectieuses, les maladies de système et les causes médicamenteuses.

### **Objectif de l'étude :**

L'objectif de notre travail est de décrire les différents aspects anatomocliniques, étiologiques et thérapeutiques des uvéites chez nos patients et d'évaluer nos pratiques en matière de gestion initiale et de suivi des uvéites. Cette étude avait aussi pour but d'étudier les facteurs pronostiques associés à une acuité visuelle (AV) finale basse, inférieure à 1/10e chez les patients suivis pour uvéite.

### **Matériel et méthodes :**

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant porté sur l'ensemble des patients nouvellement diagnostiqués et suivis au service de médecine interne sur une période de 8 ans allant de janvier 2012 décembre 2019. Les critères d'inclusion étaient la présence d'une uvéite confirmée par un examen ophtalmologique initial complet, d'une prise en charge diagnostique étiologique initiale ainsi que d'un suivi thérapeutique régulier. Les facteurs pronostiques ont été analysés de façon univariée et multivariée.

### **Résultats :**

Nous avons colligé 204 patients dont 112 hommes et 92 femmes avec un sex ratio H/F de 1,21. L'âge moyen était de 35,29 ans +/- 12,56,[13-78ans]. Le mode d'installation était progressif chez 57,84% de nos patients et le motif de consultation le plus fréquent était la baisse d'acuité visuelle retrouvée chez 190 patients (93,13%). L'uvéite totale était la forme anatomique la plus fréquente (61,27%), suivie des uvéites postérieures (25,49%), antérieure (8,33%), puis intermédiaire (4,9%). Une vascularite était trouvée chez 70 cas (34,31%) et un décollement rétinien chez 26 cas (12,74%). L'atteinte était bilatérale dans 72,55% des cas et unilatérale chez 27,45%. En ce qui concerne la symptomatologie extra-

ophtalmologique, les signes dermatologiques étaient les plus retrouvés chez 45,59%, représentés essentiellement par une aptose bipolaire et une pseudo folliculite. Les étiologies retrouvées étaient la maladie de Behçet (37,75%), la cause infectieuse (8,33 %) représentée essentiellement par la toxoplasmose, le cytomégalovirus et l'herpès, la maladie de Vogt-Koyanagi-Harada (3,43%), spondylarthrite ankylosante (2,45%) et la sarcoïdose (2,45 %). Alors que dans 39,71 % des cas l'étiologie reste indéterminée. Une corticothérapie était administrée chez 95% des cas. La voie locale a été utilisée chez 7,84% des cas d'uvéite antérieure, la voie générale dans 87,25% des cas. On a eu recours à un traitement immunosuppresseur dans 71% des cas ayant une atteinte postérieure ou totale, à base de cyclophosphamide, azathioprine, méthotrexate et anti TNF alpha. Une rémission est notée chez 59,8% de patients ; 26,47% de patients ont présenté au moins une récurrence et 21,56 % de patients ont gardé des séquelles. Pour l'étude analytique, nous avons réalisé une analyse uni-et multivariée des facteurs associés à une acuité visuelle finale inférieure à 1/10<sup>e</sup> après traitement. L'analyse univariée a montré qu'il existe une différence statistiquement significative entre le groupe des patients avec une AV finale inférieure à 1/10<sup>e</sup> après traitement et ceux avec une AV finale supérieure à 1/10 en ce qui concerne le sexe masculin ( $p = 0,003$ ), le nombre élevé de récurrences oculaires ( $p = 0,001$ ), et la présence d'une AV initiale avant traitement inférieur à 1/10<sup>e</sup> ( $p = 0,001$ ). L'analyse multivariée a confirmé que le nombre de récurrences et la présence d'une AV initiale inférieur à 1/10 sont des facteurs de mauvais pronostic fonctionnel au cours de suivi des patients présentant une uvéite.

### **Conclusion :**

Nos résultats montrent la sévérité particulière de l'atteinte oculaire et la diversité des étiologies, d'où l'importance d'une conduite diagnostique codifiée et d'une prise en charge adéquate et rapide afin de prévenir la cécité.

---

## Les annexes

### Annexe I : FICHE D'EXPLOITATION DES UVEITES

#### ❖ IDENTITE DU PATIENT :

- nom et prénom : IP : N° de dossier :  
-Age : ans  
-Sexe : masculin  féminin   
-Origine géographique :  
-Couverture sanitaire : RAMED  CNOPS  CNSS  FAR  payant

#### ❖ ANTECEDENTS :

##### ➤ Personnels :

-IST : oui  non

Si oui lequel :

-Contact avec les chats : oui  non

-Contage tuberculeux : oui  non

-ATCD généraux : HTA  Diabète  Autres

- Autres :

##### ➤ Familiaux :

-Antécédent d'uvéite : Parents  Fratrie  cousins

-Autres :

➤ **Toxiques :** Tabac  Alcool  Autres

#### ❖ MOTIF DE CONSULTATION :

##### ➤ Signes d'appel oculaires :

-Larmoiement : oui  non

-Photophobie : oui  non

---

- 
- |                   |                              |                              |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| -Blépharospasme : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|
- 
- |                                       |                              |                              |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| -Douleurs périorbitaire :             | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| -Rougeur oculaire :                   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| -Baisse de l'acuité visuelle :        | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| -Myéodésopsie :                       | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| -Métamorphopsie :                     | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| -Céphalées :                          | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| -Flou visuel :                        | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| -Autres :                             |                              |                              |
| ➤ Signes d'appel extra-oculaires :    |                              |                              |
| -Allergie :                           | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| -signes rhumatologiques :             | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| -Herpès :                             | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| -Signes dermatologiques :             |                              |                              |
| =Vitiligo :                           | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| =Poliose :                            | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| =Erythème noueux                      | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| =Pseudo folliculite :                 | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| =Aptose buccale :                     | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| =Aptose génitale :                    | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| -Signes neurologiques :               | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| -Signes pulmonaire :                  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| -Signes ORL (surdité de perception) : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| -Signes cardio vasculaires :          | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| -Signes gynéco urinaires :            | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| -Signes gastro intestinaux :          | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

**DELAI DE CONSULTATION (jour) :**

❖ **Mode évolutif :**

---

Mode d'installation :

Aigu       progressif

▪ Evolution:

Poussée unique       Récidive

▪ Latéralité:    Unilatéral       Bilatéral

▪ Œil atteint:    OD       OG

❖ **EXAMEN CLINIQUE :**

➤ Type d'uvéite :

- Uvéites antérieures :
- Uvéites intermédiaires :
- Uvéites postérieures :
- Panuvéites :

➤ Examen ophtalmologique :

- AV pour l'œil droit :      Normal       Diminué 
  - PL+
  - MDD
  - CLD

1 /10  2/10  3/10  4/10  5/10  6/10  7/10  8/10  9/10  10/10

- AV pour l'œil gauche :      Normal       Diminué 
  - PL+
  - MDD
  - CLD1

1/10  2/10  3/10  4/10  5/10  6/10  7/10  8/10  9/10  10/10

---

- 
- Chambre Antérieure :

	OD	OG		
-Tyndall :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
-hypopion :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
  
  - Cristallin:

	OD	OG		
- Transparent :	oui <input type="checkbox"/>	O G <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Cataracte :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
		non		
  
  - Vitré :

	OD	OG		
- hyalite :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- œufs de fourmi :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- hémorragie intra vitrénne :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
  
  - Rétine:

	OD	OG		
- foyers chorioretiniens :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- œdème maculaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Vascularite:	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Papillite :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

- Reste de l'examen clinique :

❖ **INVESTIGATIONS PARACLINIQUES:**

➤ A visée ophtalmologiques:

- Echographie oculaire :
- OCT:
- Angiographie :

➤ A visée étiologique :

- **Bilan biologique :**

- NFS : normale  anormale
  - -VS : normale  anormale
-

- 
- -CRP : normale  anormale
  - Glycémie normale  élevée 
    -
  - HBA1C normale  élevée 
    -
  - Bilan calcique : normal  élevé
  - -Bilan rénal : normal  pérturbé
  - Protéinurie de 24 h: normale  anormale
  - Albumine : normal  anormal
  - enzyme de conversion: normal  anormal
  - IDR : positif  négatif
  - HVB : positif  négatif
  - HVC : positif  négatif
  - TPHA/VDRL : positif  négatif
  - Sérologie de Toxoplasmose : positive  négative
  - Sérologie de CMV : positive  négative
  - sérologie HIV : positive  négative
  - Pathergy test : positif  négatif 
    - bilan immunologique : positif   
négatif
    - Autres :
  - Bilan radiologique :**
    - scanner cérébral : normal  anormal
    - radiographie du thorax : normale  anormale
    - radiographie du rachis Dorsolombaire : normale  anormale
    - Autres :
-

❖ **ETIOLOGIES :**

-Connectivite :

-vascularite :  petits vaisseaux  moyen calibre  gros calibre

-Infectieuse : oui  non  Si oui laquelle :

-sarcoïdose :

-Indéterminée :

-Autre :  laquelle :

❖ **TRAITEMENT :**

-Corticothérapie

-Immunosuppresseur

-Anti viral

-Autres

❖ **EVOLUTION :**

- Rémission : oui  non

- Amélioration : oui  non

- Résistance : oui  non

- Récidive : oui  non

- Séquelles : oui  non

- Complication iatrogène : oui  non

Si oui, laquelle :

---

## Annexe II :

### **Critères de classifications proposés par le groupe d'étude international sur la maladie de Behçet [33].**

- Ulcérations buccales récidivantes

Aphthose mineure ou majeure ou ulcération herpétiforme observée par un médecin ou le patient et ayant récidivé au moins trois fois dans l'année Plus au moins deux des critères suivants :

- Ulcérations génitales récidivantes

Ulcérations aphteuses ou cicatrices observées par le médecin ou le patient

- Lésions oculaires

Uvéite antérieure ou postérieure ou hyalite à la lampe à fente ou vascularite rétinienne observée par un ophtalmologiste

- Lésions cutanées

Erythème noueux observé par un clinicien ou le patient Ou pseudofolliculite

Ou lésions papulopustuleuses

Ou nodules acnéiformes observés par un médecin en dehors de la période d'adolescence ou de traitement corticoïdes

- Test pathergique cutané

Lu par un médecin aux 24-48 ème heures développement d'une pustule stérile

La présence d'ulcérations buccales récidivantes et d'au moins deux des autres critères ci-dessus est associée à la maladie de Behçet avec une sensibilité estimée à 91% et une spécificité à 96%.

Parallèlement, il existe des critères mineurs, non retenus comme critères de classification mais évocateurs dans le contexte : Thrombophlébites superficielles, thromboses veineuses profondes, épидидymite, occlusion ou anévrisme artériel, atteinte du système nerveux central, arthralgies, arthrites, antécédents familiaux de maladie de Behçet, ulcérations gastro-intestinales.

**Annexe III :**

**Critères de classification des spondylarthropathies proposés par AMOR et AL(1990) [34].**

Critères de classification	Valeur du critère
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Critères cliniques</li> </ul>	1
1. Douleur nocturne et ou raideur matinale du rachis dorsolombaire	2
2. Oligoarthritis asymétrique	1
3. Douleur fessière uni ou bilatérale, ou à bascule	2
4. Doigt ou orteil en saucisse	2
5. Talalgie ou autre enthésopathie	2
6. Uvéite antérieure	1
7. Urétrite non gonococcique ou cervicite dans le mois ayant précédé les arthrites	1
8. Diarrhée aigue dans le mois ayant précédé les arthrites	2
9. Psoriasis ou balanite ou entérocolopathie inflammatoire	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Critère radiologique</li> </ul>	3
10. Sacroiliite bilatérale grade >2, ou unilatérale >3	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Critère génétique</li> </ul>	2
11. Présence de HLA B27 ou antécédent familial de spondylarthrite ankylosante, d'arthrite réactionnelle, d'uvéite antérieure, de psoriasis ou d'entérocolopathie inflammatoire	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Critère thérapeutique</li> </ul>	2
12. Amélioration nette des douleurs en 48 heures sous anti- inflammatoire non stéroïdien, ou rechute rapide en 48 heures à leur arrêt	

**Annexe IV :**

**Critères révisés de syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada Harada (Read et al. 2001a) [35].**

- 1) Absence d'antécédent de traumatisme oculaire pénétrant ou de chirurgie oculaire.
- 2) Absence d'éléments cliniques ou biologiques évoquant une autre pathologie oculaire.
- 3) Atteinte oculaire bilatérale (le critère a ou b doit être présent) :

**a) manifestations précoces :**

i) choroïdite diffuse (avec ou sans uvéite antérieure, réaction inflammatoire du vitrée, ou hyperhémie du disque optique) devant se manifester par un des éléments suivants :

1. zones focales de liquide sous-rétinien, ou
2. décollements rétinien.

ii) si les données du fond d'œil sont équivoques, les deux éléments suivants doivent être présents :

1 angiographie à la fluorescéine : par ordre d'apparition : retards de perfusion choroïdienne focaux, points de fuite multifocaux, larges zones d'hypofluorescence, accumulation de colorant en sous-rétinien, et coloration du nerf optique

2 échographie : épaissement choroïdien diffus sans sclérite postérieure.

**b) manifestations tardives :**

i) histoire suggérant l'existence de manifestations précoces ou des deux items suivants (ii et iii) ou de plusieurs signes de l'item iii :

ii) dépigmentation oculaire

1. au fond d'œil, aspect en soleil couchant, ou
2. signe de Sugiura.

iii) autres signes oculaires

1. cicatrices chorio-rétiniennes nummulaires dépigmentées, ou
2. accumulation et/ou migration d'épithélium pigmentaire rétinien, ou
3. uvéite antérieure récurrente ou chronique.

4) Atteinte neurologique ou auditive (qui peut avoir disparu au moment de l'examen) : signes méningés (la céphalée isolée ne suffisant pas) ou acouphènes ou pléiocytose.

5) Atteinte cutanée (après le début des signes neurologiques ou oculaires) : alopecie ou poliose ou vitiligo

Le diagnostic est retenu si les critères 1 à 5 sont présents, incomplet si les critères 1 à 3 sont associés au critère 4 ou 5 et probable si seuls les trois premiers critères sont présents.

## Bibliographie

- [1] Vadot E .Le bilan étiologique des uvéites. Bull soc Opht Fr .1988; 5:719-23.
- [2] Dick AD, Tundia N, Sorg R, Zhao C, Chao J, Joshi A, et al. Risk of ocular complications in patients with noninfectious intermediate uveitis, posterior uveitis, or panuveitis. *Ophthalmology* 2016;123:655–62.
- [3] C.P.HERBORT. V. TAO TRAN.C. AUER.F.SPERTINI. Les uvéites: approche diagnostique multidisciplinaire à l'usage de l'ophtalmologue et de l'interniste. Partie1 : La démarche diagnostique ophtalmologique, med.Hyg. 2003.
- [4] VADOT E, BARTH E, BILLET P. Epidemiology of uveitis :preliminary results of a study in the Savoy, In Uveitis Update. Elsevier Science, Orlando, USA;1984;1-16.
- [5] BELLA-HIAG A., MVOGO C.E., ELLONG A. –Uveitis: epidemiological aspects at theHospital Laquintinie de Douala. *Ophthalmologica* 2001; 215:30-3.
- [6] Pivetti-Pezzi P, Accorinti M, La Cava M, et al. Endogenous uveitis: an analysis of 1,417 cases. *Ophthalmologica* 1996; 210:234-8.
- [7] Rodriguez A, Calonge M, Pedroza-Seres M, et al. Referral patterns of uveitis in a tertiary eye care center. *Arch Ophthalmol* 1996;114:593-9.
- [8] Jakob E, Reuland MS, Mackensen F, et al. Uveitis subtypes in a german interdisciplinary uveitis center - analysis of 1916 patients. *Rheumatol* 2009;36(1):127-36.
- [9] Perkins ES. Pattern of uveitis in children. *Br J Ophthalmol* 1966;50:169—85.
- [10] WITMER R. Introduction à la symptomatologie d'uvéite.EMC (Paris, France), Ophtalmologie. 1987 ;(10) : 2p.
- [11] M. El BAKKALI, M. HALHAL, M. CHEFCHAOUNI et al .Uvéite tuberculeuse, *J Fr Ophtalmol* 2001; 24: 396.
- [12]B BODAGHI, PHUC LE HOANG ; uvéite ; Atlas en ophtalmologie ; Elsevier, 2009.
- [13] Kazokoglu H, Onal S, Tugal-Tutkun I. Demographic and clinical features of uveitis intertiary centers in Turkey. *Ophthalmic Epidemiol.* 2008; 15: p. 285-293.
- [14] M. Nguyen et al. Aspects cliniques et étiologiques des uvéites : étude rétrospective de 121 patients adressés à un centre tertiaire d'ophtalmologie, *La Revue de médecine interne* 32 (2011) 9–16. France
- [15] Chebil A, Baroudi B, Slim M, Chaker N, Lamoum M, Bouladi M, et al. Profil épidémiologique des uveites dans la region de Tunis. *Journal Francais d'Ophtalmologie.*2013 November; 36(9): p. 764-768.
- [16] R. Labbioui, Le profil épidémiologique des uvéites a propos de 201 cas, faculté de médecine et de pharmacie de FES, N° 036/10.

*Les uvéites en service de médecine interne : A propos de 204 cas*

- [17] O. El abdalaoui el alaoui, les uvéites : aspects cliniques, épidémiologiques et étiologiques à propos de 74 cas, faculté de médecine et de pharmacie de RABAT, 2017/ n° 255.
- [18] E. Neiter, J.-B. Conart, C. Baumann, H. Rousseau, S. Zuily, K. Angioi-Duprez, Caractéristiques épidémiologiques et étiologiques des uvéites dans un centre hospitalier universitaire, *Journal français d'ophtalmologie* (2019) 42, 844-851.
- [19] Bouillet L et al. Diagnostic strategy in uveitis: a prospective study in 125 cases, *JFR Ophthalmolo* 2000.
- [20] Lee LA. Behçet disease. *Semin Cutan Med Surg* 2001; 20:53-7.
- [21] Verity DH, Marr JE, Ohno S, et al. Behçet's disease, the Silk Road and HLA-B51: historical and geographical perspectives. *Tissue Antigens* 1999;54(3):213—20.
- [22] B'chir Hamzaoui S, Harmel A, Bouzlama K, et al. Behçet's disease in Tunisia. Clinical study of 519 cases. *Rev Med Interne* 2006; 27:742—50.
- [23] Hamzaoui A, Houman MH, Massouadia M, et al. Contribution of Hla-B51 in the susceptibility and specific clinical features of Behçet's disease in Tunisian patients. *Eur J Intern Med* 2012;23(4):347—9.
- [24] Saadoun D, Bodaghi B, Bienvenu B, Wechsler B, Sene D, Trad S, et al. Biotherapies in inflammatory ocular disorders: interferons, immunoglobulins, monoclonal antibodies. *Autoimmun Rev* 2013; 12(7):774—83.
- [25] GIERSE JK, KABOLT CM, WALKER MC, et al, kinetic basis for selective inhibition of cyclo-oxygenases. *Biochem.J.*1999; 339:607-614.
- [26] N. Kabbaj, les uvéites en médecine interne, faculté de médecine et de pharmacie de MARRAKECH, 2010, N° 67.
- [27] Chahib, profil épidémiologique des uveites au service de médecine interne n° 139/13.
- [28] N. Albaroudi, M. Tijani, N. Boutimzine, O. Cherkaoui, M. Laghmari, Facteurs pronostiques des uvéites 2017. *Journal français d'ophtalmologie* 1738; No. Of Pages 7.
- [29] C. Bonnet, D. Monnet, uvéites non infectieuses, P 388, urgences en ophtalmologie .
- [30] Tomkins-Netzer O, Talat L, Bar A, Lula A, Taylor SR, Joshi L, et al. Long-term clinical outcome and causes of vision loss in patients with uveitis. *Ophthalmology* 2014;121:2387-92.
- [31] Bodaghi B, Cassoux N, Wechsler B, Hannouche D, Fardeau C, Papo T, et al. Chronic severe uveitis: etiology and visual outcome in 927 patients from a single center. *Medicine (Baltimore)* 2001;80:263-70.
- [32] Lardenoye CW, van Kooij B, Rothova A. Impact of macular edema on visual acuity in uveitis. *Ophthalmology* 2006;113:1446-9.

*Les uvéites en service de médecine interne : A propos de 204 cas*

[33]. INTERNATIONAL STUDY GROUP FOR BEHCET'S DISEASE. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. *Lancet* 1990;335:1078-1080.

[34]. AMOR B, DOUGADOS M, MIJIYAWA M. Criteria of the classification of spondylarthropathies. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1990;57:85-89.

[35]. F. BLANC, M. FIEURY, V. TALMANT, et al .Le syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada. *Rev Neurol (Paris)* 2005 ; 161(11) : 1079-1090.