



HAL
open science

Caractéristiques épidémiologiques et étiologiques des uvéites dans un centre hospitalier universitaire

E. Neiter, J.-B. Conart, C. Baumann, H. Rousseau, S. Zuily, K. Angioi-Duprez

► To cite this version:

E. Neiter, J.-B. Conart, C. Baumann, H. Rousseau, S. Zuily, et al.. Caractéristiques épidémiologiques et étiologiques des uvéites dans un centre hospitalier universitaire. *Journal Français d'Ophtalmologie*, 2019, 42, pp.844 - 851. <10.1016/j.jfo.2019.05.001>. <hal-03487526>

HAL Id: hal-03487526

<https://hal.science/hal-03487526v1>

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

**Caractéristiques épidémiologiques et étiologiques des uvéites dans un
Centre Hospitalier Universitaire**
Epidemiologic and etiologic patterns of uveitis in a University Hospital

Auteurs :

*Estelle Neiter^{1, *}, Jean-Baptiste Conart¹, Cédric Baumann², Hélène Rousseau², Stéphane
Zuily³, Karine Angioi-Duprez¹*

- 1- Département d'Ophtalmologie, Hôpitaux de Brabois, CHRU de Nancy, rue du Morvan, 54511 Vandoeuvre-lès-Nancy, France.
- 2- Plateforme d'aide à la recherche clinique, hôpitaux de Brabois, CHRU de Nancy, rue du Morvan, 54511 Vandoeuvre-lès-Nancy, France.
- 3- Département de médecine vasculaire, hôpitaux de Brabois, CHRU de Nancy, rue du Morvan, 54511 Vandoeuvre-lès-Nancy, France.

Auteur correspondant* :

Estelle Neiter, estelle.neiter@gmail.com, Tél. : +33 677375086
Département d'Ophtalmologie, Hôpitaux de Brabois, CHRU de Nancy,
Rue de Morvan, 54511 Vandoeuvre-lès-Nancy, France

Titre court :

Caractéristiques épidémiologiques et étiologiques des uvéites
Epidemiology and patterns of uveitis

Résumé

Introduction

L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques des uvéites de l'adulte pour lesquelles un bilan a été réalisé dans le Centre de compétences régional dédié aux maladies systémiques et auto-immunes du Centre Hospitalier Universitaire (CHRU) de Nancy. Les objectifs secondaires étaient de décrire l'évolution de la répartition étiologique au cours du temps et d'identifier des spécificités locales.

Patients et Méthodes

Nous avons réalisé une étude épidémiologique rétrospective au CHRU de Nancy sur les patients vus en consultation ophtalmologique pour une uvéite et adressés dans le Centre de compétences régional dédié aux maladies systémiques et auto-immunes entre le 1er janvier 2005 et le 31 décembre 2016. Les patients de moins de 18 ans, ceux présentant un premier épisode d'uvéite antérieure aiguë, ainsi que ceux pour lesquels le diagnostic étiologique était fait par l'ophtalmologiste seul, étaient exclus. L'âge, le genre, la latéralité, le siège de l'inflammation, les signes cliniques et l'étiologie (infectieuse, non infectieuse ou idiopathique, et diagnostic) ont été recueillis.

Résultats

Nous avons inclus 690 patients dont 59 % de femmes, avec un âge moyen de 49 ans. L'uvéite était unilatérale dans 53 % des cas. La panuvéite était la forme la plus fréquente (52 %, n = 358), suivie par l'uvéite antérieure récidivante (30 %, n = 205), l'uvéite postérieure (16 %, n = 107) et l'uvéite intermédiaire (3 %, n = 20). Les étiologies non infectieuses représentaient 35 % de l'ensemble des uvéites, les plus fréquentes étant les uvéites liées au HLA-B27, la sarcoïdose, la spondylarthrite ankylosante et la maladie de Behçet. 13 % de l'ensemble des uvéites étaient d'origine infectieuse avec en premier lieu la tuberculose, la toxoplasmose, et la maladie de Lyme. La proportion d'uvéites idiopathiques était de 52 %. Une tendance à l'amélioration du rendement diagnostique a été observée : 53 % des uvéites ont été considérées comme idiopathiques avant 2011 contre 50 % après 2011 ($p < 0,01$).

Conclusion

Nous avons identifié une majorité de panuvéites, ce qui s'explique par notre mode d'inclusion. Notre série comptait 52 % d'uvéites idiopathiques, avec une tendance à l'amélioration du rendement diagnostique au cours du temps. Cette étude nous a permis de mieux connaître les caractéristiques des uvéites dans notre centre.

Mots-clés : uvéite ; épidémiologie ; étiologie ; inflammation.

Abstract

Introduction

The purpose of this study was to describe the epidemiologic characteristics of adult uveitis evaluated at the regional center of excellence specializing in systemic and autoimmune disease in the Nancy university medical center. The secondary objectives were to describe the progression over time of the various etiologies and to identify local specificities.

Materials and methods

We performed a retrospective epidemiological study of patients diagnosed with uveitis. All patients were referred to the regional center of excellence of the Nancy university medical center between January 1, 2005 and December 31, 2016. Patients under 18 years of age, patients with a first episode of acute anterior uveitis, as well as patients for whom the etiological diagnosis was made by the ophthalmologist with no need of internal medicine referral, were excluded. Age, gender, laterality, site of inflammation, clinical signs, etiology (infectious, non-infectious or idiopathic, as well as diagnosis), and date of first consultation were recorded.

Results

690 patients were included, with 59 % women and a mean age of 49 years. The uveitis was unilateral in 53 % of cases. Panuveitis was the most common form (52 %, n = 358), followed by recurrent anterior uveitis (30 %, n = 205), posterior uveitis (16 %, n = 107), and intermediate uveitis (3 %, n = 20). Non-infectious etiologies accounted for 35 % of all uveitis (the most common being HLA-B27 uveitis, sarcoidosis, ankylosing spondylitis and Behçet's disease) and infectious etiologies for 13 % (tuberculosis, toxoplasmosis and Lyme disease were the most frequent). The uveitis was idiopathic in 52 %. A trend toward improvement in diagnostic yield was observed: 53 % of uveitides were considered idiopathic prior to 2011 compared to 50 % after 2011 ($p < 0.01$).

Conclusion

We identified a majority of panuveitis, which is explained by our inclusion criteria. 52 % of our series remained idiopathic, with an improvement in the diagnostic yield over time. This could be related to both repeated etiological assessments and better diagnostic performance. The study of this large cohort of patients improved our knowledge of the characteristics of uveitis in our center.

Key-words: uveitis; epidemiology; etiology; inflammation.

Introduction

L'uvéite est une pathologie oculaire variée dans sa présentation clinique, allant d'une réaction inflammatoire de l'uvée de faible intensité à une atteinte sévère pouvant conduire à la cécité. Son incidence est estimée entre 17 et 52 cas pour 100000 habitants par an et sa prévalence varie de 38 à 714 cas pour 100000 habitants selon les études, réalisées majoritairement dans les pays développés [1–7]. L'analyse épidémiologique des uvéites a fait l'objet de nombreuses publications internationales. La répartition étiologique varie de façon importante selon les régions du monde et les populations étudiées [8–13]. Le diagnostic étiologique est souvent difficile avec une proportion importante d'uvéites idiopathiques (de 30 à 60 % selon les séries) [5].

L'objectif principal de notre étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques des uvéites de patients adultes pris en charge de façon conjointe dans les services d'ophtalmologie et du Centre de compétences régional dédié aux maladies systémiques et auto-immunes au CHRU de Nancy, sur la période 2005-2016, en recueillant les profils anatomiques ainsi que les étiologies (infectieuses, non infectieuses et idiopathiques).

Les objectifs secondaires étaient de décrire l'évolution de la répartition étiologique entre la période 2005-2010 et la période 2011-2016, et d'identifier d'éventuelles spécificités locales.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude épidémiologique rétrospective sur un échantillon de patients ayant un diagnostic d'uvéite, examinés pour la première fois à la consultation d'ophtalmologie au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy entre le 1er janvier 2005 et le 31 décembre 2016, et adressés au Centre de compétences régional dédié aux maladies systémiques et auto-immunes pour prise en charge à visée diagnostique et/ou thérapeutique.

Tous les patients pris en charge conjointement par le service d'ophtalmologie et de médecine interne pour un diagnostic principal d'uvéite ont été inclus.

La période d'étude a été divisée de façon arbitraire en deux périodes de 6 ans chacune : 1^{er} janvier 2005-31 décembre 2010 et 1^{er} janvier 2011-31 décembre 2016. La date retenue pour chaque patient était celle de la première consultation en ophtalmologie. L'objectif de définir deux périodes était d'analyser l'évolution de notre rendement diagnostique au cours du temps. La division en deux périodes a été faite arbitrairement.

La sélection des patients a été effectuée à partir des données du PMSI en se basant sur les

codages CIM 10 correspondant aux uvéites (diagnostic principal du séjour) : H20 iridocyclites, H30 chorioretinites.

Les critères de non inclusion étaient les suivants : patients âgés de moins de 18 ans, patients présentant un premier épisode d'uvéite antérieure aiguë répondant bien au traitement topique, patients pour lesquels le diagnostic étiologique avait pu être fait par l'ophtalmologiste après examen clinique sans nécessité de mise en route d'un traitement systémique.

Chaque patient a bénéficié d'un examen ophtalmologique avec acuité visuelle, mesure du tonus intra-oculaire, examen au biomicroscope et fond d'œil après dilatation pupillaire à l'aide d'une lentille non contact et/ou d'un verre à trois miroirs de Goldmann. Une angiographie à la fluorescéine a été réalisée en cas d'atteinte postérieure suspectée ou avérée, une tomographie à cohérence optique en cas de suspicion d'œdème maculaire ou papillaire. Une ponction de chambre antérieure pouvait être réalisée à visée étiologique. La classification a été réalisée selon les critères de la Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) [14].

Chaque patient a également bénéficié d'un bilan à visée étiologique réalisé dans le Centre de compétences régional dédié aux maladies systémiques et autoimmunes, comportant un hémogramme, un bilan de coagulation (TQ, TCA), un ionogramme sanguin, un dosage de l'urée, de la créatinine, du calcium ionisé, une analyse de la VS et de la CRP, un bilan hépatique (TGO, TGP, bilirubine, GGT, PAL), une électrophorèse des protéines plasmatiques, un ELISPOT, un dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), des sérologies (toxoplasmose, toxocarose, bartonellose, syphilis, Lyme, EBV, CMV, HSV, VZV, VIH, HBV, HCV) et une bandelette urinaire. Ont également été réalisés un électrocardiogramme, un scanner thoracoabdominopelvien et des sinus, une IRM cérébrale, ainsi qu'une ponction lombaire (biochimie, analyse anatomopathologie, bactériologie standard + PCR HSV, VZV, syphilis, Lyme +/- PCR mycobactérie selon contexte et PCR CMV si VIH) en cas d'uvéite postérieure ou de panuvéite.

Les données suivantes ont été recueillies : âge, sexe, latéralité de l'atteinte, type d'uvéite (antérieure, intermédiaire, postérieure, panuvéite), signes cliniques, étiologie : infectieuse, non infectieuse (inflammatoire, paranéoplasique, médicamenteuse) ou idiopathique, diagnostic retenu, dates de première et dernière consultation, et durée du suivi.

L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la Direction de l'Innovation et de la Recherche du CHU de Brabois et a bénéficié de l'accord de la CNIL sous le numéro 2016-51.

Analyse statistique

Les variables catégorielles ont été décrites par des pourcentages, les variables continues par la moyenne et l'écart-type. Les variables ont été comparées par les tests du Chi-2 ou exact de Fisher (variables catégorielles) et par les tests de Student ou de Wilcoxon (variables quantitatives). Pour identifier les facteurs associés aux différents types d'étiologie (infectieuse, non infectieuse et idiopathique), des modèles de régression logistique polytomique multivariés (sélection des variables candidates au seuil $p < 0,1$) ont été utilisés. La force d'association a été estimée par des odds ratio (OR) bruts et ajustés, accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 %. Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5 %.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS v9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC 25513), avec le soutien de la Plateforme d'aide à la recherche clinique du CHRU de Nancy.

Résultats

Au total, sur 701 patients sélectionnés, 11 n'ont pas été inclus pour les raisons suivantes : 5 patients avaient moins de dix-huit ans au moment de la première consultation et 6 patients ont été vus en consultation pour la première fois avant 2005. 690 patients ont finalement été inclus dans l'étude. L'échantillon était composé de 410 femmes (59,4 %) et 280 hommes (40,6 %), soit un sex-ratio homme/femme de 0,68. L'âge moyen à la première consultation était de $49,2 \pm 17,8$ ans. La durée moyenne du suivi était de $16,7 \pm 23,9$ mois. L'uvéite était unilatérale dans 53,0 % et bilatérale dans 47,0 % des cas. La panuvéite était la forme de présentation anatomique la plus fréquente (51,9 %), suivie par l'uvéite antérieure récidivante (29,7 %), l'uvéite postérieure (15,5 %) et l'uvéite intermédiaire (2,9 %). Le descriptif global des données est présenté dans le tableau 1.

Diagnostic étiologique

Le tableau 2 résume la répartition étiologique des uvéites. La proportion d'uvéites considérées comme idiopathiques à l'issue du bilan étiologique était de 51,6 %. Les étiologies infectieuses représentaient 13 % de l'ensemble des uvéites recensées, les étiologies non infectieuses 35,4 %. Parmi les causes infectieuses, les plus fréquentes étaient la tuberculose, la toxoplasmose, la maladie de Lyme et l'infection à HSV (figure 1). Par ordre de fréquence, les étiologies inflammatoires les plus fréquemment retrouvées étaient les uvéites liées au HLA-B27, la sarcoïdose, la spondylarthrite ankylosante et la maladie de Behçet.

L'évolution de la répartition étiologique au cours du temps est présentée dans la figure 3. On constate une tendance à l'amélioration de notre rendement diagnostique au cours du temps, avec une diminution de la part des uvéites idiopathiques (50 % d'uvéites idiopathiques après 2011 versus 53 % avant 2011, $p < 0,01$). On note également une majoration de la part d'uvéites infectieuses (17,6 % versus 8,1 %, $p < 0,01$) avec en particulier l'apparition d'uvéites liées à la syphilis sur la deuxième période d'étude (aucun cas recensé sur la première période et 10 cas recensés après 2011) ainsi qu'une majoration du pourcentage d'uvéites liées à la tuberculose (2,1 % sur la première période et 3,6 % sur la deuxième période).

Répartition des étiologies en fonction du type d'uvéite

Parmi les uvéites antérieures récidivantes, les causes les plus fréquemment retrouvées étaient les uvéites liées au HLA-B27 (13,6 %) ainsi que la spondylarthrite ankylosante (9,3 %). La cause infectieuse la plus fréquente était la tuberculose (5,4 %). Le rendement diagnostique des uvéites intermédiaires était faible (20 %). La toxoplasmose était la cause infectieuse la plus fréquemment retrouvée dans les uvéites postérieures (4,7 %) et les panuvéites (3,1 %). La chorioretinopathie de type Birdshot (8,4 %) était la première cause inflammatoire retrouvée dans les uvéites postérieures, et la sarcoïdose (10,1 %) la première cause inflammatoire retrouvée dans les panuvéites.

Discussion

Notre étude épidémiologique rétrospective a permis de recueillir sur une période de douze ans les caractéristiques des uvéites de 690 patients pris en charge dans notre centre hospitalier. Cette longue période d'inclusion ainsi que le nombre de sujets analysés sont les points forts de notre étude. Il s'agit de la première série épidémiologique aussi longue étudiant les uvéites chez les patients adultes dans notre région. Les caractéristiques démographiques de notre échantillon convergent avec celles des études européennes, avec une prédominance féminine [1,2,6,15,16].

Sur le plan anatomique, plus de la moitié de nos patients présentaient une panuvéite (51,9 %) et 29,7 % des patients présentaient des uvéites antérieures récidivantes. La plupart des études épidémiologiques retrouvent une nette prédominance des uvéites antérieures, y compris dans des centres tertiaires, leur part variant dans ces séries de 35 à 92 %, comme présenté dans la

revue de la littérature de Miserocchi et al [2–4,10,17–25]. Certaines études réalisées dans des centres tertiaires retrouvent une proportion plus élevée d'uvéites postérieures ou de panuvéites que d'uvéites antérieures, mais elles restent minoritaires [26–30]. La prédominance de ces formes anatomiques peut parfois être expliquée par l'épidémiologie locale, comme dans l'étude de Kotake et al au Japon, avec une forte prévalence de la maladie de Vogt Koyanagi Harada et de la maladie de Behçet [27]. Nos résultats sont assez semblables à ceux de l'étude de Bodaghi et al. qui ont étudié 927 patients adressés dans le département d'ophtalmologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière pour prise en charge d'uvéite considérée comme sévère, et qui retrouve une majorité de panuvéites (35 %) [29]. En choisissant d'étudier les uvéites sévères, les auteurs ont volontairement sous-estimé les uvéites antérieures simples répondant à une corticothérapie topique de courte durée. Par ailleurs, les résultats des études réalisées en centres de référence ne reflètent pas l'épidémiologie des uvéites vues en pratique par l'ensemble des ophtalmologistes dans leur pratique quotidienne dans la même région, comme ont pu le souligner McCannel et al dans leur étude comparative [31]. La différence de répartition des formes anatomiques de notre étude par rapport à la majorité des études épidémiologiques s'explique par la population que nous avons étudiée, avec exclusion des patients vus pour un premier épisode d'uvéite antérieure aiguë. Cela est lié à notre méthode d'inclusion basée sur les données du PMSI, qui nous a permis de recueillir de façon exhaustive l'ensemble des patients pris en charge en hospitalisation dans le Centre de compétences régional dédié aux maladies systémiques et auto-immunes. Nous n'avions pas la possibilité de recueillir de façon rétrospective les patients vus en consultation d'ophtalmologie si ceux-ci n'avaient pas été hospitalisés au décours de leur épisode d'uvéite.

Sur le plan étiologique, un diagnostic a pu être établi dans 48,4 % des cas dans notre étude. Ce taux de diagnostic étiologique, dans la fourchette inférieure en comparaison aux autres séries (entre 40 et 70 % de diagnostic étiologique selon la revue de Tsirouki et al), s'explique par notre mode de recrutement [3,5,17–19,29,32]. En effet, nous avons exclu les patients présentant un premier épisode d'uvéite antérieure aiguë, ainsi que les patients pour lesquels le diagnostic étiologique a pu être fait par l'ophtalmologiste sans nécessité de consultation auprès de nos confrères internistes, comme par exemple certains cas de toxoplasmose oculaire. L'exclusion de ces patients sous-estime de fait le taux de diagnostic étiologique dans notre série. Par ailleurs, il est possible que les uvéites liées au HLA-B27 aient été sous-estimées dans notre étude. En effet, la donnée concernant la présence ou l'absence de l'antigène HLA-B27 était parfois manquante ou non renseignée dans les dossiers médicaux

analysés de manière rétrospective.

Nous avons souhaité étudier la variabilité de la répartition étiologique sur la période d'étude, à l'instar d'autres études, afin à la fois d'identifier des tendances en termes de recrudescence de pathologies, mais également d'évaluer notre rendement diagnostique, dont une amélioration au cours du temps était attendue [12,22,27,33–36]. Nous avons en effet mis en évidence une tendance à la diminution de la part des uvéites idiopathiques dans notre étude. Cela semble indiquer une amélioration de la rentabilité du diagnostic étiologique au cours du temps et peut s'expliquer par le développement des moyens techniques à disposition des équipes : ponction de chambre antérieure avec recherche des génomes viraux, bactériens ou parasitaires par PCR, élimination des diagnostics différentiels (rapport IL6/IL10), rapidité d'accès à une imagerie, ainsi que par une amélioration des connaissances scientifiques, permettant des bilans à la fois plus complets et plus orientés. De plus, avec le temps, une bonne coopération a pu se développer entre les équipes d'ophtalmologie et de médecine interne : facilité et rapidité d'accès à une consultation de médecine interne pour les patients d'ophtalmologie, développement de logiciels communs permettant un accès facile au dossier médical pour les équipes prenant en charge le patient, communication directe entre les praticiens par contact téléphonique. Il est possible également que la diminution de la part des uvéites idiopathiques soit liée à une répétition du bilan étiologique. Des bilans ciblés répétés dans le temps peuvent finir par mettre en évidence les maladies causales. Rothova et al. décrivent cinq cas de sarcoïdose où le bilan initial était revenu négatif, avec un diagnostic prouvé survenant plus d'un an après le début des symptômes oculaires [20]. Dans l'étude de Bouillet et al. 11 % des uvéites avaient un diagnostic étiologique tardif, posé plus de six mois à partir de la première consultation en médecine interne [32]. Dans l'étude de Biswas, une amélioration du rendement diagnostique a également été mise en évidence dans le groupe des uvéites postérieures (88,6 % de diagnostic étiologique en 2013 versus 56,1 % en 1995) [22].

Les uvéites non infectieuses étaient plus fréquentes que les uvéites infectieuses dans notre série (35,4 % contre 13,0 %), ce qui est conforme à la répartition observée dans les pays développés [5]. Nous avons observé une majoration du pourcentage des uvéites infectieuses au cours du temps (17,6 % sur la deuxième période contre 8,1 % avant 2011). La majoration de la part d'uvéites infectieuses dans les pays développés, syphilis et tuberculose au premier plan, est rapportée également dans la revue de la littérature menée par Tsirouki et al [5]. Dans notre série, l'apparition d'uvéites liées à la syphilis (10 cas sur la période 2011-2016 contre 0

sur la période 2005-2010) attire notre attention, la recrudescence des cas de syphilis en France étant connue [37–39]. Cette tendance renforce encore la nécessité de réaliser une sérologie syphilitique dans le bilan étiologique de première intention [40]. En parallèle, nous avons observé une augmentation de la proportion d'uvéites liées à la tuberculose. Ce phénomène a également été observé dans d'autres séries y compris dans des pays développés, comme au Japon et aux Pays-Bas. [19,20,27,33]

Nous avons mis en place cette étude dans le but également d'identifier d'éventuelles spécificités locales. En effet, il existe une variabilité selon les lieux d'étude, liée à des facteurs génétiques (ethnie, génotype HLA) et environnementaux (lieu de vie, pathogènes), et ce en particulier pour la maladie de Behçet, le syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, les spondylarthropathies ou encore la toxoplasmose [41]. Nous retrouvons ainsi une proportion de 2 % d'uvéites secondaires à la maladie de Lyme, ce qui était attendu car nous résidons dans une zone d'endémie pour cette pathologie. Dans certaines études, cette étiologie n'est pas retrouvée ou non rapportée [1,9,17,18,42]. Dans la série allemande de Jakob, le pourcentage d'uvéites liées à la maladie de Lyme, endémique dans le sud de l'Allemagne, est de 1,4 %, et représente une des principales causes infectieuses [2]. Certains auteurs insistent sur le fait de répéter la recherche de maladie de Lyme, en particulier en cas d'uvéite intermédiaire [43].

Les résultats des différentes études épidémiologiques sur les uvéites sont difficilement comparables en termes d'étiologies du fait de la variation des facteurs géographiques, des critères d'inclusion et d'exclusion, de la stratégie diagnostique adoptée et des moyens à disposition des équipes. Une grande partie des études épidémiologiques s'intéressant aux uvéites comportent les mêmes limites que notre étude, à savoir son caractère monocentrique et rétrospectif, les séries multicentriques étant rares dans ce domaine d'étude.

L'étude de cette série de 690 patients avec un recul de douze ans nous a permis de mieux connaître les caractéristiques cliniques et étiologiques des uvéites suivies dans notre centre. Il est important de connaître les spécificités locales, comme la prévalence de la maladie de Lyme dans notre région, qui représente 2 % des uvéites de notre série. La diminution de la proportion des uvéites idiopathiques au cours du temps souligne les progrès réalisés en termes de rendement diagnostique, liés à la fois à une meilleure performance diagnostique, mais également à la répétition des examens. Cela confirme l'intérêt de répéter le bilan étiologique

dans la prise en charge des uvéites. Par ailleurs, la collaboration étroite entre l'ophtalmologiste et le médecin interniste demeure capitale, comme ceci est recommandé dans la littérature [1,15]. L'ophtalmologiste, de par son examen clinique rigoureux et sa description précise de l'atteinte, pourra orienter de façon optimale l'interniste dans son bilan étiologique. La coopération entre nos deux services s'est renforcée au cours des années, ce qui a permis une amélioration de la prise en charge de nos patients. L'objectif de notre coopération est d'atteindre le meilleur rendement diagnostique possible, afin de préserver la meilleure fonction visuelle possible pour nos patients.

Conflits d'intérêt (auteur et co-auteurs) : aucun

Annexes

Tableau 1. Descriptif global des données

	N	%/moy
= 690		
Sexe		
Femme	410	59,4
Homme	280	40,6
Age à la première consultation en classes		
18-45 ans	306	44,3
46-65 ans	233	33,8
> 65 ans	151	21,9
Latéralité		
Unilatéral	366	53,0
Bilatéral	324	47,0
Type d'uvéite		
Uvéite antérieure	205	29,7
Uvéite intermédiaire	20	2,9
Uvéite postérieure	107	15,5
Panuvéite	358	51,9
Signes cliniques		
Granulomateux	139	20,1
Hypopion	14	2,0
Hypertonie intraoculaire	69	10,0
Synéchies	97	14,1
Vascularite	168	24,3
Papillite	153	22,2
Œdème maculaire cystoïde	146	21,2

Etiologie		
Infectieuse	90	13,0
Non infectieuse	244	35,4
Idiopathique	356	51,6

Tableau 2. Répartition étiologique

		Etiologie	N = 690	
Infectieuse		Tuberculose	20	2,9
		Toxoplasmose	16	2,3
		Lyme	14	2,0
		HSV	13	1,9
		Syphilis	10	1,4
		VZV	10	1,4
		CMV	3	0,4
		Bartonellose	3	0,4
		VIH	1	0,1
	Non infectieuse	Inflammatoire	Uvéites liées au HLA-B27	58
Sarcoïdose			51	7,4
Spondylarthrite ankylosante			41	5,9
Maladie de Behçet			17	2,5
Choriorétinopathie de type Birdshot			10	1,4
Vogt Koyanagi Harada			8	1,2
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin			8	1,2
Hétérochromie de Fuchs			6	0,9
TINU syndrome			4	0,6
Sclérose en plaques			4	0,6
		Polychondrite atrophiante	3	0,4
		Sclérodermie	2	0,3
		Maladie de Eales	1	0,1
		Rhumatisme psoriasique	1	0,1
		Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter	1	0,1
		Syndrome de Susac	1	0,1
		Lupus érythémateux disséminé	1	0,1
		Maladie de Wegener	1	0,1
		Néoplasique		
		Lymphome oculocérébral	16	2,3
		Paranéoplasique		
		Syndrome paranéoplasique	8	1,2
		Médicamenteuse		
		Origine médicamenteuse	2	0,3
		Idiopathique		
		Idiopathique	356	51,6

Légendes des figures

Figure 1. Etiologies infectieuses (nombre de cas)

HSV = Herpès Simplex Virus, VZV = Varicella Zoster Virus

Figure 2. Etiologies non infectieuses (nombre de cas)

SPA = spondylarthrite ankylosante, LOC = lymphome oculo-cérébral, Birdshot = chorioretinopathie de type Birdshot, VKH = Vogt Koyanagi Harada, MICI = maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, Fuchs = hétérochromie de Fuchs, TINU = néphropathie tubulointerstitielle et uvéïte, SEP = sclérose en plaques, PCA = polychondrite atrophiante

Figure 3. Evolution de la répartition étiologique au cours du temps (en pourcentage)

Bibliographie

- [1] Nguyen A-M, Sève P, Le Scanff J, Gambrelle J, Fleury J, Broussolle C, et al. [Clinical and etiological aspects of uveitis: a retrospective study of 121 patients referred to a tertiary centre of ophthalmology]. *Rev Med Interne* 2011;32:9–16.
- [2] Jakob E, Reuland MS, Mackensen F, Harsch N, Fleckenstein M, Lorenz H-M, et al. Uveitis subtypes in a German interdisciplinary uveitis center--analysis of 1916 patients. *J Rheumatol* 2009;36:127–36.
- [3] Tran VT, Auer C, Guex-Crosier Y, Pittet N, Herbort CP. Epidemiology of uveitis in Switzerland. *Ocul Immunol Inflamm* 1994;2:169–76.
- [4] Rodriguez A, Calonge M, Pedroza-Seres M, Akova YA, Messmer EM, D'Amico DJ, et al. Referral patterns of uveitis in a tertiary eye care center. *Arch Ophthalmol* 1996;114:593–9.
- [5] Tsirouki T, Dastiridou A, Symeonidis C, Tounakaki O, Brazitikou I, Kalogeropoulos C, et al. A Focus on the Epidemiology of Uveitis. *Ocul Immunol Inflamm* 2018;26:2–16.
- [6] Gritz DC, Wong IG. Incidence and prevalence of uveitis in Northern California; the Northern California Epidemiology of Uveitis Study. *Ophthalmology* 2004;111:491–500; discussion 500.
- [7] Päivönsalo-Hietanen T, Tuominen J, Vaahtoranta-Lehtonen H, Saari KM. Incidence and prevalence of different uveitis entities in Finland. *Acta Ophthalmol Scand* 1997;75:76–81.
- [8] Acharya NR, Tham VM, Esterberg E, Borkar DS, Parker JV, Vinoya AC, et al. Incidence and prevalence of uveitis: results from the Pacific Ocular Inflammation Study. *JAMA Ophthalmol* 2013;131:1405–12.
- [9] de-la-Torre A, López-Castillo CA, Rueda JC, Mantilla RD, Gómez-Marín JE, Anaya J-M. Clinical patterns of uveitis in two ophthalmology centres in Bogota, Colombia. *Clin Experiment Ophthalmol* 2009;37:458–66.
- [10] Päivönsalo-Hietanen T, Tuominen J, Vaahtoranta-Lehtonen H, Saari KM. Incidence and prevalence of different uveitis entities in Finland. *Acta Ophthalmol Scand* 1997;75:76–81.
- [11] Yang P, Zhang Z, Zhou H, Li B, Huang X, Gao Y, et al. Clinical patterns and characteristics of uveitis in a tertiary center for uveitis in China. *Curr Eye Res* 2005;30:943–8.
- [12] Rathinam SR, Krishnadas R, Ramakrishnan R, Thulasiraj RD, Tielsch JM, Katz J, et al. Population-based prevalence of uveitis in Southern India. *Br J Ophthalmol* 2011;95:463–7.
- [13] Chang JH, Raju R, Henderson TRM, McCluskey PJ. Incidence and pattern of acute anterior uveitis in Central Australia. *Br J Ophthalmol* 2010;94:154–6.
- [14] Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT, Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. *Am J Ophthalmol* 2005;140:509–16.
- [15] Le Scanff J, Sève P, Kodjikian L, Grange J-D, Broussolle C. [Interest of an internist's consultation in uveitis. Comparative study in 66 cases]. *Rev Med Interne* 2006;27:671–8.

- [16] Mercanti A, Parolini B, Bonora A, Lequaglie Q, Tomazzoli L. Epidemiology of endogenous uveitis in north-eastern Italy. Analysis of 655 new cases. *Acta Ophthalmol Scand* 2001;79:64–8.
- [17] Cimino L, Aldigeri R, Salvarani C, Zotti CA, Boiardi L, Parmeggiani M, et al. The causes of uveitis in a referral centre of Northern Italy. *Int Ophthalmol* 2010;30:521–9.
- [18] Chan SM, Hudson M, Weis E. Anterior and intermediate uveitis cases referred to a tertiary centre in Alberta. *Can J Ophthalmol* 2007;42:860–4.
- [19] Smit RL, Baarsma GS, de Vries J. Classification of 750 consecutive uveitis patients in the Rotterdam Eye Hospital. *Int Ophthalmol* 1993;17:71–6.
- [20] Rothova A, Buitenhuis HJ, Meenken C, Brinkman CJ, Linssen A, Alberts C, et al. Uveitis and systemic disease. *Br J Ophthalmol* 1992;76:137–41.
- [21] Pivetti-Pezzi P, Accorinti M, La Cava M, Colabelli Gisoldi RA, Abdulaziz MA. Endogenous uveitis: an analysis of 1,417 cases. *Ophthalmologica* 1996;210:234–8.
- [22] Biswas J, Kharel Sitaula R, Multani P. Changing uveitis patterns in South India - Comparison between two decades. *Indian J Ophthalmol* 2018;66:524–7.
- [23] Mercanti A, Parolini B, Bonora A, Lequaglie Q, Tomazzoli L. Epidemiology of endogenous uveitis in north-eastern Italy. Analysis of 655 new cases. *Acta Ophthalmol Scand* 2001;79:64–8.
- [24] Khairallah M, Yahia SB, Ladjimi A, Messaoud R, Zaouali S, Attia S, et al. Pattern of uveitis in a referral centre in Tunisia, North Africa. *Eye (Lond)* 2007;21:33–9.
- [25] Miserocchi E, Fogliato G, Modorati G, Bandello F. Review on the worldwide epidemiology of uveitis. *Eur J Ophthalmol* 2013;23:705–17.
- [26] Merrill PT, Kim J, Cox TA, Betor CC, McCallum RM, Jaffe GJ. Uveitis in the southeastern United States. *Curr Eye Res* 1997;16:865–74.
- [27] Kotake S, Furudate N, Sasamoto Y, Yoshikawa K, Goda C, Matsuda H. Characteristics of endogenous uveitis in Hokkaido, Japan. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 1997;235:5–9.
- [28] Hosseini SM, Shoeibi N, Ebrahimi R, Ghasemi M. Patterns of Uveitis at a Tertiary Referral Center in Northeastern Iran. *J Ophthalmic Vis Res* 2018;13:138–43.
- [29] 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.
- [30] Oruc S, Kaplan AD, Galen M, Kaplan HJ. Uveitis referral pattern in a Midwest University Eye Center. *Ocul Immunol Inflamm* 2003;11:287–98.
- [31] McCannel CA, Holland GN, Helm CJ, Cornell PJ, Winston JV, Rimmer TG. Causes of uveitis in the general practice of ophthalmology. UCLA Community-Based Uveitis Study Group. *Am J Ophthalmol* 1996;121:35–46.
- [32] Bouillet L, Sarrot-Reynaud F, Gonzalez B, Massot C, Romanet J, Mouillon M. [Diagnostic strategy in uveitis: a prospective study in 125 cases]. *J Fr Ophtalmol* 2000;23:569–75.
- [33] Wakabayashi T, Morimura Y, Miyamoto Y, Okada AA. Changing patterns of intraocular inflammatory disease in Japan. *Ocul Immunol Inflamm* 2003;11:277–86.
- [34] Henderly DE, Genstler AJ, Smith RE, Rao NA. Changing patterns of uveitis. *Am J Ophthalmol* 1987;103:131–6.
- [35] Das D, Bhattacharjee H, Das K, Tahiliani PS, Bhattacharyya P, Bharali G, et al. The changing patterns of uveitis in a tertiary institute of Northeast India. *Indian J Ophthalmol* 2015;63:735–7.
- [36] Luca C, Raffaella A, Sylvia M, Valentina M, Fabiana V, Marco C, et al. Changes in patterns of uveitis at a tertiary referral center in Northern Italy: analysis of 990 consecutive cases. *Int Ophthalmol* 2018;38:133–42.
- [37] Davis JL. Ocular syphilis. *Curr Opin Ophthalmol* 2014;25:513–8.
- [38] Lavigne JP, Rouanet I, Gleize E, Mauboussin JM, Michaux-Charachon S, Labauge P, et al. [Resurgence of syphilis: a prospective study at an University Hospital, Nimes]. *Rev Med Interne* 2004;25:715–9.
- [39] Ong D, Bhardwaj G, Ong J, Chen M, Lim LL. Keeping an eye on syphilis. *Aust Fam Physician* 2017;46:401–4.

- [40] Wells J, Wood C, Sukthankar A, Jones NP. Ocular syphilis: the re-establishment of an old disease. *Eye (Lond)* 2018;32:99–103.
- [41] Wakefield D, Chang JH. Epidemiology of uveitis. *Int Ophthalmol Clin* 2005;45:1–13.
- [42] Goto H, Mochizuki M, Yamaki K, Kotake S, Usui M, Ohno S. Epidemiological survey of intraocular inflammation in Japan. *Jpn J Ophthalmol* 2007;51:41–4.
- [43] Breeveld J, Rothova A, Kuiper H. Intermediate uveitis and Lyme borreliosis. *Br J Ophthalmol* 1992;76:181–2.

Figure 1. Etiologies infectieuses (nombre de cas)

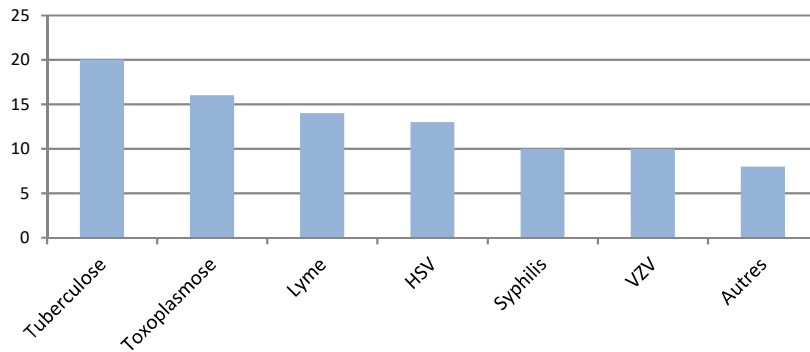


Figure 2. Etiologies non infectieuses (nombre de cas)

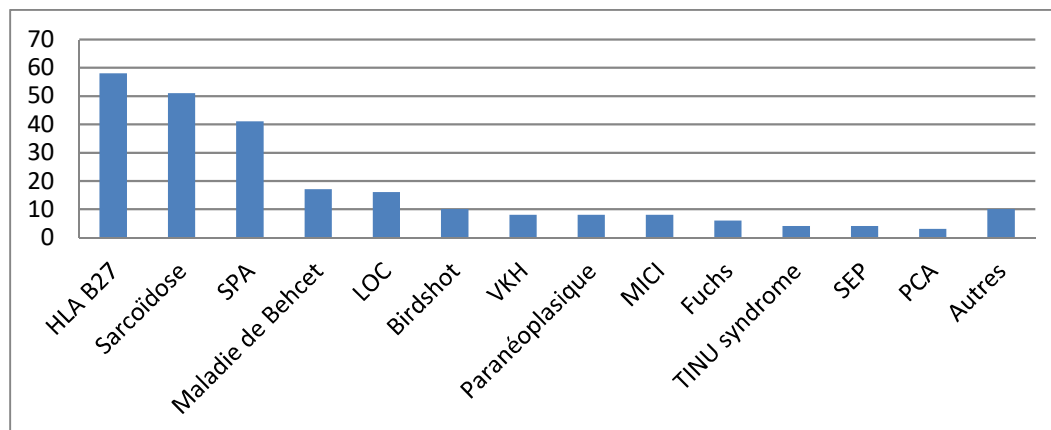


Figure 3. Evolution de la répartition étiologique au cours du temps (en pourcentage)

