



*Article original*

**Profil épidémiologique des uvéites chez l'adulte à propos de 325 cas**

Epidemiological profile of uveitis in adults about 325 cases

D Fofana, C Bouendé Bouendé, A Mchachi, Y Sami, M El Belhadji, L Benhmidoune,  
R Rachid, A Chakib, A Amraoui

**Résumé**

Les uvéites constituent une cause non négligeable de cécité dans le monde. Si le diagnostic positif est facile, le diagnostic étiologique nécessite souvent de nombreuses et coûteuses investigations, n'apportant pas toujours la certitude étiologique. La connaissance du profil épidémiologique de l'uvéite conditionne la démarche diagnostique étiologique puis thérapeutique. Le but de notre travail était de décrire les caractéristiques épidémiologiques et les principales étiologies des uvéites dans notre centre (Structure tertiaire).

Nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective descriptive type revue systématique de cas, sur 325 patients suivis en consultation pour uvéite entre Janvier 2010-décembre 2015 au service d'ophtalmologie adulte de l'hôpital 20 aout 1953 de Casablanca. Nous avons exclu de notre étude toutes les uvéites associées au virus de l'immunodéficience humaine, ainsi que celles secondaires à une endophtalmie, un corps

étranger endo-oculaire méconnu, les sclérites isolées et les uvéites d'origine tumorale.

Tous les patients ont bénéficié d'un examen ophtalmologique complet suivi d'un bilan clinique et paraclinique. Les diagnostics ont été établis selon les critères internationaux récents.

L'analyse statistique des données a été réalisée par le logiciel IBM SPSS statistics version 22.

La moyenne d'âge de début de l'uvéite était de  $31,66 \pm 10$  ans (Extrêmes 16-74 ans) avec un sex-ratio (H/F) à 3. La forme anatomique prédominante était les uvéites antérieures (51,1%), suivie des panuvéites (22,2%), des uvéites postérieures (16,9 %) et les uvéites intermédiaires (9,8%).

Les étiologies les plus fréquentes, pour tous types d'uveites confondus étaient la maladie de Behçet (78,5 %), l'herpès (6,5%), la toxoplasmose (3,1%), la sarcoïdose (2,5 %), la maladie de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) (1,2%) et idiopathique dans 5,5%. Une vascularite rétinienne était retrouvée dans 76 cas (23,4 %)

dont l'étiologie la plus fréquente était la maladie de Behçet (66 cas soit 86,8%).

Les principales complications retrouvées étaient la cataracte (26,9 %), l'hypertonie oculaire (13 %) et l'œdème maculaire (5,5 %).

La connaissance du profil épidémiologique des uvéites dans une population donnée est d'une aide précieuse dans la démarche diagnostique étiologique. Les étiologies les plus fréquentes des uvéites dans notre série sont dominées par la maladie de Behçet, la toxoplasmose, la sarcoïdose et la maladie de VKH.

**Mots clés :** Uvéites ; Etiologies ; Behçet, Maroc

### **Abstract**

Uveitis is an insignificant cause of blindness in the world. If the positive diagnosis is easy, the etiological diagnosis often requires numerous and costly investigations, which do not always bring etiological certainty. Knowledge of the epidemiological profile of uveitis conditions the etiological and therapeutic diagnosis. The aim of our work is to describe the epidemiological characteristics and main etiologies of the uveitis in our center (tertiary structure).

We report the results of a descriptive retrospective study type systematic review of cases, out of 325 patients followed in consultation for uveitis between January 2010-December 2015 at the adult ophthalmology department of the hospital 20 August 1953 of Casablanca. We excluded from our study all uveitis associated with the human immunodeficiency virus, as well as those secondary to endophthalmitis, an unknown endo-ocular foreign body, isolated sclerites and uveitis of tumor origin. All patients underwent a complete ophthalmologic examination followed by a clinical and paraclinical assessment. The diagnoses were established according to recent

international criteria. The statistical analysis of the data was performed by the IBM SPSS statistics software version 22.

The mean age at onset of uveitis was  $31.66 \pm 10$  years (Extremes 16-74 years) with a sex ratio (M / F) to 3. The predominant anatomical form was the anterior uveitis (51, 1%), followed by panuveitis (22.2%), posterior uveitis (16.9%) and intermediate uveitis (9.8%). The most frequent etiologies for all types of uveitis were Behçet's disease (78.5%), herpes (6.5%), toxoplasmosis (3.1%), sarcoidosis (2.5 %), Vogt-Koyanagi-Harada disease (VKH) (1.2%) and idiopathic disease in 5.5%. Retinal vasculitis was found in 76 cases (23.4%), the most frequent etiology of which was Behçet's disease (66 cases, 86.8%). The main complications were cataract (26.9%), ocular hypertonia (13%) and macular edema (5.5%). Knowledge of the epidemiological profile of uveitis in a given population is a valuable aid in the etiological diagnostic procedure. The most common etiologies of the uveitis in our series are dominated by Behçet's disease, toxoplasmosis, sarcoidosis and VKH disease.

**Keywords:** Uveitis ; Etiologies ; Behcet, Morocco

---

### **Introduction**

Les uvéites sont graves et fréquentes. Elles constituent la 3ème cause de cécité légale dans le monde. Elles sont responsables de 10 à 15 % de cécité dans les pays occidentaux [1]. La connaissance de l'épidémiologie des uvéites est essentielle. En effet, la démarche diagnostique devra être orientée vers la recherche des pathologies fréquentes. Son diagnostic positif est généralement simple. Son diagnostic étiologique est par contre plus difficile, nécessitant souvent de nombreuses et coûteuses investigations

radiologiques et biologiques n'apportant pas toujours la certitude diagnostique étiologique.

Cependant, plusieurs pathologies peuvent aussi simuler des pseudo-uvéïtes et leurs prises en charge doivent être distinctes de celles d'inflammation intra-oculaire.

Quand aux causes des uvéïtes, elles sont multiples allant de maladies purement ophtalmologiques à des maladies infectieuses ou de systèmes, et voire même des conséquences médicamenteuses.

De ce fait, l'uvéïte ne met pas seulement le pronostic visuel en jeu mais peut aller jusqu'au pronostic vital avec un mauvais traitement étiologique.

Une collaboration étroite entre l'interniste et l'ophtalmologiste est donc indispensable afin d'aboutir à une stratégie diagnostique rationnelle et codifiée. Ce qui va conditionner la réussite et l'optimisation de l'enquête étiologique ainsi que de la prise en charge (coût - efficacité).

Notre objectif était de décrire les caractéristiques épidémiologiques ainsi que les principales étiologies de ces uvéïtes au sein de notre structure tertiaire.

## Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive type revue systématique de cas, portant sur 325 dossiers (soit 523 yeux) des patients suivis pour une uvéïte au service d'ophtalmologie adulte de l'hôpital 20 Aout 1953 de Casablanca sur une période de 6 ans (1er Janvier 2010- 31 décembre 2015). Nous avons exclu de notre étude toutes les uvéïtes associées au virus de l'immunodéficience humaine, celles secondaires à une endophtalmie post-opératoire ou post-traumatique, les corps étrangers endo-oculaires méconnus, les sclérites isolées et les uvéïtes d'origine tumorale.

Tous nos patients ont bénéficié d'un interrogatoire détaillé et d'un examen ophtalmologique complet. Un bilan étiologique minimum de première intention a été demandé chez tous les patients comportant : des examens biologiques (numération formule sanguine ; vitesse de sédimentation ; C-réactive protéine ; une sérologie de syphilis (TPHA, VDRL) et une intradermo-réaction à la tuberculine) ; une radiographie du thorax. En cas de négativité de ce bilan et en fonction de l'orientation étiologique et du type anatomique d'uvéïte, d'autres examens ont été réalisés. Tous nos patients ont bénéficié d'un examen général en médecine interne. Les diagnostics ont été établis selon les critères internationaux actuels des différentes étiologies. L'analyse statistique des données a été réalisée par le logiciel IBM SPSS statistics version 22.

## Résultats

L'âge moyen de début de l'uvéïte était de  $31,66 \pm 10$  ans (Extrêmes 16-74 ans) (figure1). Une prédominance masculine a été notée (244 Hommes/ 81 femme) soit un sex-ratio à 3 (figure2). L'uvéïte était bilatérale dans 198 cas (61%), chronique dans 194 cas (59,7%), synechiante dans 75 cas (23,1%), hypertensive dans 34 cas (10,5%) et granulomateuse dans 27 cas (8,3%).

La forme anatomique la plus fréquente comprenait les uvéïtes antérieures dans 166 cas (51,1%), suivie par les panuvéïtes dans 72 cas (22,2%), les uvéïtes postérieures dans 55 cas (16,9%) et les uvéïtes intermédiaires dans 32 Cas (9,8%). Les étiologies les plus fréquentes pour tous type d'uvéïte confondue étaient la maladie de Behçet (78,8%), l'herpès (6,5%), la toxoplasmose (3,1%) et idiopathique (5,5%). Les uvéïtes associées à une maladie de système (Tableau I) étaient prédominantes (81,5%), suivies par les uvéïtes infectieuses (11,1%) et les entités

particulières (maladie de Vogt-Koyanagi-Hadara et la choroïdite multifocale) (1,8%). Une vascularite rétinienne était retrouvée dans 23,4 % (figure 3) dont l'étiologie la plus fréquente était la maladie de Behçet (86,8%). Les principales complications retrouvées étaient la cataracte (26,9 %), l'hypertonie oculaire (13 %) et l'œdème maculaire (5,5 %).

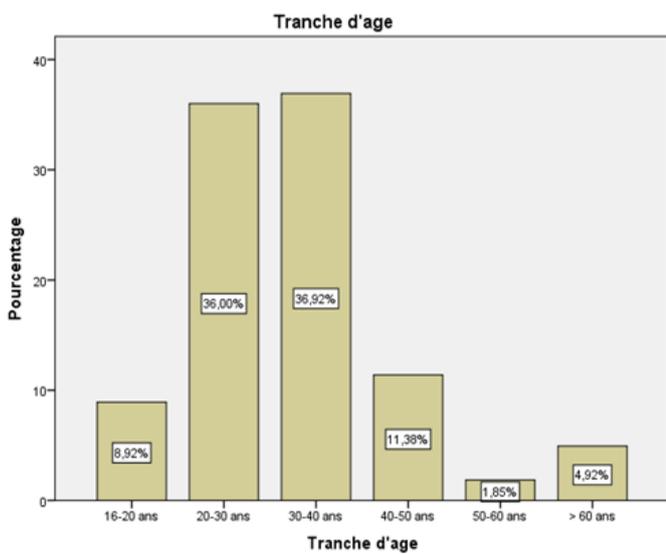


Figure1 : Répartition par tranche d'âge

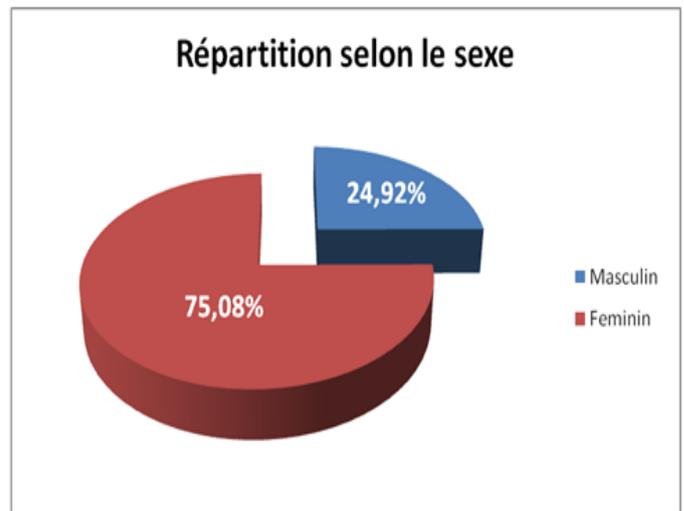


Figure 2 : Répartition selon sexe

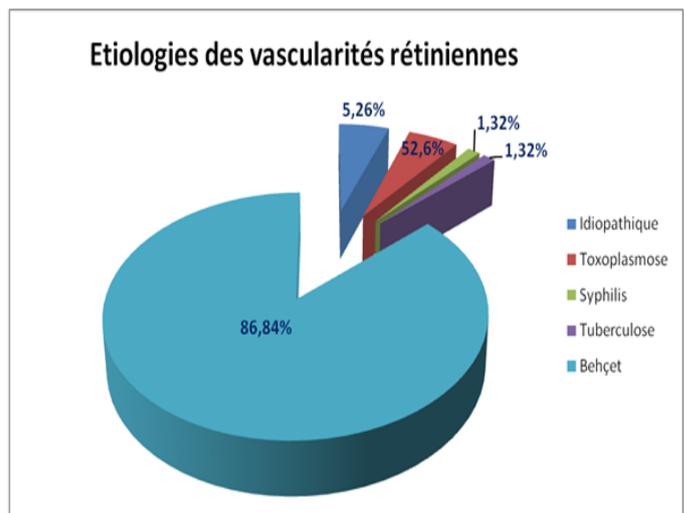


Figure 3 : étiologies des vascularités rétiniennees

Tableau I : Profil étiologique des uvéites

Etiologies	Nombre(N)	Pourcentage (%)
<b>Infectieuses</b>		
Herpes	21	58,7
Toxoplasmose	10	27,7
Syphilis	2	5,5
Tuberculose	2	5,5
Zona	1	2,7
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>11,6</b>
<b>Maladies de systèmes</b>		
Behçet	251	94,7
Sarcoidose	8	3,1
PR	2	0,75
Idiopathique	4	1,5
<b>Total</b>	<b>265</b>	<b>81,5</b>
<b>Entités particulières</b>		
VKH	4	66,6
CMF	2	33,3
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>1,8</b>
<b>Idiopathique</b>	<b>18</b>	<b>5,5</b>

Tableau II : Répartition étiologique des uvéites en fonction de leur type anatomique

Type anatomique	Nombre (N)	Pourcentage (%)
<b>Étiologies des uvéites antérieures</b>		
Behçet	139	83,7
Herpes virus	20	12,2
Sarcoidose	4	2,4
Idiopathique	3	1,8
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>51,1</b>
<b>Étiologies des uvéites postérieures</b>		
Behçet	38	69,1
Toxoplasmose	8	14,6
Tuberculose	2	3,57
Syphilis	2	3,57
Herpes	1	1,8
Idiopathique	2	3,57
CMF	2	3,57
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>16,9</b>
<b>Étiologies des panuvéites</b>		
Behçet	55	71,4
Sarcoidose	4	5,2
VKH	4	5,2
Toxoplasmose	2	2,6
Tuberculose	2	2,6
Idiopathique	14	18,2
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>22,2</b>
<b>Étiologies des uvéites intermédiaires</b>		
Behçet	32	100
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>9,8</b>

Tableau III : Stratégie d'examen complémentaires pour le diagnostic étiologique des uvéites

En première intention	Type anatomoclinique	Bilan 2ème intention	Bilan de 3ème intention
Quelle que soit la forme :  NFS VS, CRP, IDR tuberculine, TPHA VDRL Radiographie de thorax  ECA Si uvéite granulomateuse ou intermédiaire	Uvéite antérieure chronique	ECA TDM thoracique en coupes fines	PCA : PCR infectieuses (Herpes, BK, toxoplasmose, PCR universelle...)
	Uvéite antérieure granulomateuse Ou Choroidite multifocale périphérique	TDM thoracique en coupes fines	Biopsie des glandes salivaires Fibroscopie bronchique, LBA et biopsies Scintigraphie au gallium PET scan Médianoscopie et biopsies
	Uvéite intermédiaire	ECA TDM thoracique en coupes fines Sérologie maladie de Lyme, toxocarose, maladie des griffes du chat selon le contexte	Ou si uvéite chronique Ponction lombaire IRM cérébro-médullaire
	Uvéite postérieure ou Panuvéite	Si foyer de rétinocoroidite et/ou papillite : sérologie toxoplasmose et PCA (coefficient de charge immunitaire de Deacons=western blot) ECA TDM thoracique en coupe fine	Ou si uvéite chronique du sujet âgé IRM cérébro-médullaire Ponction lombaire PCA pour IL6/IL10
	Vasculite rétinienne	Complément Complexes immuns circulants ANCA, Anticorps antiphospholipides FAN PCA : PCR Herpes virus au moindre doute sur une rétinite virale	Ou si uvéite chronique Ponction lombaire IRM cérébro-médullaire
Uvéite sévère Ou Corticorésistante	PCA : cytologie, IL6/IL10, recherche de toxoplasmose, PCR infectieuses (Herpes, BK, universelle...) Traitement antibiotique d'épreuve	Vitrectomie diagnostique	

NFS : numération formule sanguine et plaquettes ; VS : vitesse de sédimentation ; CRP : C-réactive protéine ; IDR : intradermoréaction ; ECA : enzyme de conversion de l'angiotensine ; PCA : ponction de chambre antérieure ; PCR : polymérase chain reaction ; TDM: tomodensitométrie ; BK: bacille de Koch ; LBA : lavage broncho-alvéolaire ; PET : positon emission tomography ; IL : interleukines ; FAN : anticorps antinucléaires ; Anca : anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles.

## Discussion

Le sex-ratio des uvéites est homogène dans la majorité des grandes séries, variant entre 1,2 et 0,7 [2-5]. Dans notre série, une forte prédominance masculine a été noté avec un sex-ratio à 3, du à la forte prédominance masculine de la maladie de Behçet, représentant 78,8% des étiologies. Les uvéites surviennent à tout âge, avec un pic de fréquence chez l'adulte jeune. Dans notre série, la tranche d'âge la plus touchée était de 20 à 40 ans dans 72,9% et un âge moyen de 31 ans. Un diagnostic étiologique a été obtenu dans plus de 50% de la majorité des grandes séries, variant entre 51,2 à 70,2% [5, 6]. Dans notre série, il est de 94,5% lié à la maladie de Behçet. Cependant pour les panuvéites sévères nécessitant une hospitalisation, un diagnostic n'a été retrouvé que dans 56,5%. La distribution des types d'uvéites et de leurs étiologies dans une population donnée est fortement influencée par une variété de facteurs génétiques, géographiques, environnementaux et socioéconomiques. Ainsi, dans les études occidentales, les principales étiologies retrouvées sont la toxoplasmose, le groupe des spondylarthropathies ou des uvéites associées à l'antigène HLA B27, la sarcoïdose et les uvéites herpétiques [6]. Dans le bassin méditerranéen, la maladie de Behçet représente la principale étiologie des uvéites, tous types confondus [5]. Dans notre série, la maladie de Behçet représentait, non seulement la principale étiologie des uvéites tous types confondus (78,8%), mais aussi de chaque type anatomique d'uvéite (Tableau II), suivie de l'herpes (6,5%), la toxoplasmose (3,5%) et la sarcoïdose (2,5%).

Pour les uvéites antérieures, les étiologiques les plus fréquentes dans les séries occidentales sont les formes isolées associées à l'antigène HLA B27, les uvéites associées aux spondylarthropathies, les

uvéites associées à l'hétérochromie de Fuchs ainsi que les uvéites herpétiques [7-9].

Dans notre série, c'était la maladie de Behçet (83,7%) et l'herpès (12,2%) qui ont été les plus retrouvés. Pour les uvéites postérieures, les principales étiologies sont la toxoplasmose et la maladie de Behçet selon la littérature, il en est de même pour notre série. Les panuvéites et les uvéites intermédiaires sont les formes anatomiques les moins fréquentes dans la plupart des séries et sont majoritairement idiopathiques. Dans notre série, les panuvéites étaient la deuxième forme anatomique la plus fréquente (22,2%), après les uvéites antérieures, et dont les principales étiologies étaient la maladie de Behçet (71,4%), la sarcoidose (5,2%) et la maladie de Vogt-Koyanagi-Hadara (5,2%). La maladie de Behçet était 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.

Des fréquences similaires ont été rapportées dans plusieurs séries du proche et extrême orient, et des pays situés autour du bassin méditerranéen [5, 10]. Le Maroc pays méditerranéen d'Afrique du nord n'échappe pas à cette distribution géographique.

Selon la revue de la littérature et à la lumière de nos résultats, il nous semble que le bilan étiologique le plus étendu ne remplacera jamais un bon interrogatoire accompagné d'un examen ophtalmologique et somatique rigoureux qui permettent déjà d'orienter le diagnostic étiologique dans un tiers des cas et que le meilleur rendement du bilan étiologique se voit dans les uvéites postérieures où une étiologie est retrouvée dans plus de 80% [5].

## Conclusion

Dans notre série, les étiologies les plus fréquentes d'uvéite étaient la maladie de Behçet, l'herpès, la toxoplasmose, la maladie de VKH et la sarcoidose. La connaissance du profil épidémiologique des uvéites dans une région est une aide précieuse dans l'orientation de la démarche étiologique.

La prise en charge d'une uvéite échappe au seul ressort de l'ophtalmologiste lorsqu'une origine systémique est soupçonnée ou lorsqu'un traitement prolongé par voie générale est nécessaire. Une coopération interdisciplinaire rodée entre ophtalmologistes, médecins internistes et rhumatologues permet d'optimiser la démarche de prise en charge. Cependant, malgré l'application d'une démarche diagnostique rigoureuse, l'uvéite peut parfois ne pas être rattachée à sa cause. Par ailleurs, certaines causes d'uvéite restent encore certainement à être identifiées dans le futur.

La connaissance du profil épidémiologique ainsi que les principales étiologies des uvéites dans notre population nous ont permis de suggérer un protocole de stratégie d'examen complémentaires rentable et efficace pour le diagnostic étiologique des uvéites (tableau III).

---

\*Correspondance

Dramane Fofana  
([dramfofana@yahoo.fr](mailto:dramfofana@yahoo.fr))

**Reçu :** 30 Sept, 2018; **Accepté :** 15 Nov, 2018; **Publié :** 19 Déc, 2018

Service d'Ophtalmologie adulte. Hôpital 20-Août-1953, 4, rue  
Lahcen-El-Arjoune-ex-Dalton, 20360 Casablanca, Maroc

© Journal of african clinical cases and reviews 2018

**Conflits d'intérêt :** Aucun

## Références

- [1] Brézin A. Les uvéites. Rapport de la Société française d'ophtalmologie. Paris: Masson; 2010.
- [2] Pivetti-Pezzi P, Accorinti M, La Cava M, et al. Endogenous uveitis : an analysis of 1,417 cases. *Ophthalmologica* 1996; 210: 234—8.
- [3] Biswas J, Narain S, Das D, et al. Pattern of uveitis in a referral uveitis clinic in India. *Int Ophthalmol* 1996; 20: 223—8.
- [4] 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.
- [5] A. Chebil, B. Baroudi, M. Slim, et al. Profil épidémiologique des uvéites dans la région de Tunis. *Journal français d'ophtalmologie* (2013) : 36 : 764-768
- [6] Kimura SJ, Hogan MJ, Thygeson P. Uveitis in children. *Arch Ophthalmol* 1954; 51: 80-8.
- [7] Chang JH, Wakefield D. Uveitis: a global perspective. *Ocul Immunol Inflamm* 2002; 10: 263—79.
- [8] Levecq L, Disneur D, Dutrieux C, et al. Étiologies des uvéites intermédiaires, postérieures et totales : une revue de 201 cas. *Bull Soc belge Ophthalmol* 1999; 273 : 9—14.
- [9] Sittivarakul W, Bhurayanontachai P, Ratanasukon M. Pattern of uveitis in a university-based referral center in southern Thailand. *Ocul Immunol Inflamm* 2013; 21(1): 38—45.
- [10] 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.

### Pour citer cet article:

Fofana Dramane, Bouendé Bouendé Colombe, Mchachi Adil et al . Profil épidémiologique des uvéites chez l'adulte à propos de 325 cas . *Jaccr Africa* 2018; 2(4): 519-526.