



ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Factors Associated With Uveitis in Spondyloarthritis

Sabrina HAID, Sihem KOURTAA, Naouel KHALDOUN, Imen MEGATELI, Aicha LADJOUZE-REZIG, Fella HANNI

ABSTRACT

Background: Spondyloarthritis (SpA) comprises a group of chronic inflammatory rheumatic diseases affecting the axial skeleton and/or peripheral joints, and frequently associated with extra-articular manifestations that contribute substantially to disease burden and reduced quality of life. Acute anterior uveitis (AAU) represents the most common extra-articular manifestation and may adversely affect long-term visual prognosis. This study aimed to determine the prevalence of uveitis and to identify factors associated with its occurrence in patients with SpA. **Methods:** In this prospective observational cohort study, 1,285 patients with SpA fulfilling the ASAS classification criteria and followed in routine rheumatology practice were included. Data regarding history of uveitis, demographic and clinical characteristics, disease activity, structural damage, and treatments were collected. Factors associated with uveitis were assessed using univariate and multivariate logistic regression analyses. **Results:** Uveitis was reported in 206 patients (16%). The mean age at uveitis onset was 28 ± 10 years. Uveitis was symptomatic in 98% of cases, unilateral in 65.5%, and represented the inaugural manifestation in 32.6% of patients. A recurrent course was observed in 93.7% of cases, while complications occurred in 5.8%, including synechiae, papillary edema, glaucoma, and severe visual impairment. Patients with uveitis were older at diagnosis (42 vs. 37 years) and had longer disease duration (15 vs. 12 years). Axial involvement, inflammatory back pain, and heel enthesitis were more frequent in this group. In multivariate analysis, independent factors associated with uveitis included axial SpA (OR 1.50; 95% CI 1.10–2.00; $p = 0.01$), inflammatory back pain (OR 2.00; 95% CI 1.30–3.10; $p = 0.002$), heel enthesitis (OR 1.30; 95% CI 1.17–2.10; $p = 0.003$), older age at diagnosis (OR 1.03 per year; 95% CI 1.01–1.04; $p = 0.001$), and longer disease duration (OR 1.04 per year; 95% CI 1.02–1.05; $p = 0.001$). Juvenile onset, peripheral or polyarticular involvement, anterior chest wall pain, HLA-B27 positivity, structural damage, and comorbidities were not significantly associated with uveitis. **Conclusion:** Uveitis affects approximately 16% of patients with SpA and is characterized by a highly recurrent course with potential sight-threatening complications. Older age at diagnosis, longer disease duration, axial involvement, inflammatory back pain, and heel enthesitis were identified as independent predictors. Early recognition and close collaboration between rheumatologists and ophthalmologists are essential to preserve long-term visual outcomes in patients with SpA.

Keywords: HLA-B27; anterior uveitis; acute anterior uveitis; ankylosing spondylitis - associated uveitis; HLA-B27 - associated uveitis, peripheral spondyloarthritis, spondyloarthritis, uveitis.

Department of Rheumatology. EHS Ben Aknoun, Algiers, Algeria.

Received: 08 Feb 2026**Accepted:** 28 Feb 2026**Correspondance to:** sabrina HAIDE-mail : haidabrina1206@gmail.com

1. INTRODUCTION

L'uvéite antérieure aiguë (UAA) est reconnue comme la manifestation extra-articulaire la plus fréquente des spondyloarthrites (SpA), avec des variations de fréquence selon les différentes entités cliniques [1–3]. Elle concerne environ 21 à 33 % des patients selon les séries et est étroitement associée à la présence de l'antigène HLA-B27 [4,5]. La prévalence de l'UAA est plus élevée dans la spondyloarthrite axiale (ax-SpA) que dans le rhumatisme psoriasique (PsA) [6]. Des différences géographiques ont également été rapportées, avec des taux plus élevés en Amérique du Nord et en Europe comparativement à l'Asie, à l'Afrique et à l'Amérique latine [7]. L'UAA a un impact significatif sur la qualité de vie des patients ainsi que sur leur productivité professionnelle, constituant ainsi une composante majeure du fardeau global de la maladie et pouvant influencer les décisions thérapeutiques [8]. Elle se caractérise le plus souvent par une atteinte aiguë, unilatérale et récidivante, associant douleur oculaire, hyperhémie périkeratique, photophobie et diminution de l'acuité visuelle. Au cours du suivi à long terme, jusqu'à 40 % des patients atteints de spondylarthrite ankylosante (SA) peuvent présenter au moins un épisode d'uvéite [9,10].

Plusieurs facteurs ont été associés à la survenue de l'uvéite au cours des SpA, la positivité de l'HLA-B27 représentant le facteur le mieux établi, notamment dans l'ax-SpA [11,12]. Toutefois, la compréhension des déterminants cliniques et des facteurs prédictifs de son apparition demeure incomplète. Des paramètres tels que l'âge de début, le sexe, la durée d'évolution de la maladie et le statut HLA-B27 ont été rapportés comme influençant l'expression clinique de la SpA, mais les résultats restent hétérogènes et parfois contradictoires dans la littérature [10,13,14].

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les facteurs associés à la survenue de l'uvéite chez les patients atteints de spondyloarthrite et de comparer les caractéristiques cliniques et évolutives selon la présence ou l'absence de cette manifestation.

2. PATIENTS ET MÉTHODES

Cette étude correspond à une cohorte observationnelle prospective monocentrique menée entre janvier 2014 et décembre 2019. Un total de 1 285 patients atteints de spondyloarthrite (axiale ou périphérique) a été recruté de manière consécutive au sein d'une consultation spécialisée dédiée aux SpA dans le service de rhumatologie de l'hôpital de Ben Aknoun, à Alger. Les critères d'inclusion étaient les suivants : âge \geq 18 ans et satisfaction aux critères de classification de l'Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) pour la spondyloarthrite axiale [15] ou périphérique [16], selon la présentation clinique.

Pour chaque patient, les données démographiques ainsi que les caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques ont été recueillies, incluant les paramètres d'évaluation de la maladie. Les antécédents familiaux de spondyloarthrite, la présence de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) ou de psoriasis, ainsi que les traitements reçus, notamment les traitements de fond antirhumatismaux (DMARDs), les corticoïdes et les biothérapies, ont été enregistrés. Tous les patients ont été interrogés concernant leurs antécédents d'uvéite. Le diagnostic d'uvéite a été confirmé par un ophtalmologiste. Les épisodes rapportés ont été validés à partir de comptes rendus médicaux précisant la présence éventuelle de séquelles ou de complications. Les épisodes survenus au cours du suivi ont systématiquement été confirmés par un examen ophtalmologique spécialisé.

Les données ont été anonymisées avant l'analyse afin de garantir la confidentialité des patients. Conformément à la réglementation locale applicable aux études observationnelles non interventionnelles, un consentement éclairé écrit n'était pas requis. Toutes les procédures ont été conduites dans le respect des principes éthiques relatifs à la protection des données et à la confidentialité des informations médicales.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics version 23. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne \pm écart-type, et les variables qualitatives en effectifs et pourcentages. Les comparaisons entre les groupes avec et sans uvéite ont été réalisées à l'aide du test t de Student pour les variables quantitatives et du test du χ^2 pour les variables qualitatives. Les variables associées à l'uvéite avec une valeur de $p < 0,10$ en analyse univariée ont été incluses dans un modèle de régression logistique multivariée selon une procédure pas à pas (stepwise). Les résultats ont été exprimés sous forme d'odds ratios (OR) avec leurs intervalles de confiance (IC) à 95 %. Une valeur de $p \leq 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

3. RÉSULTATS

Au total, 1 285 patients atteints de spondyloarthrite ont été inclus, dont 468 femmes (36,4 %) et 817 hommes (63,6 %). L'âge moyen des patients était de 38 ± 11 ans, avec une durée moyenne d'évolution de la maladie de 13 ± 7 ans. Parmi eux, 206 patients ont présenté au moins un épisode d'uvéite antérieure aiguë (UAA), correspondant à une prévalence globale de 16 %. Dans le groupe

présentant une UAA, 145 patients (70,9 %) étaient atteints de spondylarthrite ankylosante, 23 (9,2 %) de rhumatisme psoriasique, 38 (18,4 %) de SpA associée à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin et 19 (9,2 %) d'une SpA à début juvénile.

L'âge moyen de survenue de l'uvéïte était de 28 ± 10 ans. L'atteinte était symptomatique dans 98 % des cas et unilatérale chez 135 patients (65,5 %), tandis qu'une atteinte bilatérale était observée chez 71 patients (34,5 %). L'UAA constituait la manifestation inaugurale chez 67 patients (32,6 %). Chez les autres patients, le délai moyen entre le premier symptôme articulaire et la survenue de l'uvéïte était de $5 \pm 3,2$ ans. L'uvéïte a permis le diagnostic de la spondyloarthrite chez 40 patients (19,4 %).

Une évolution récidivante a été observée chez 193 patients (93,7 %), alors que 13 patients (6,3 %) n'ont présenté qu'un épisode unique. Des récurrences annuelles ont été rapportées chez 40 patients (19 %), avec une fréquence variant de 1 à 4 épisodes par an, tandis que 153 patients (74,3 %) présentaient des récurrences plus espacées, survenant tous les 2 à 7 ans.

Des complications oculaires ont été observées chez 12 patients (5,8 %), incluant des synéchies, un œdème papillaire, un glaucome ou une diminution sévère de l'acuité visuelle. Deux cas de cécité ont été rapportés. Parmi ces formes sévères, neuf concernaient des patientes de sexe féminin. Les caractéristiques comparatives des patients avec et sans antécédent d'UAA sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques cliniques, démographiques et biologiques des patients atteints de spondyloarthrite selon la présence d'uvéïte

Caractéristiques	SpA avec uvéïte (N = 206)	SpA sans uvéïte (N = 1 079)	p
Âge (années)	42 ± 12	37 ± 11	<0,0001
Sexe masculin, n (%)	128 (62,1 %)	689 (63,9 %)	0,6
Âge au début des symptômes (années)	27 ± 11	24 ± 9	<0,0001
Âge au diagnostic (années)	35 ± 11	31 ± 10	<0,0001
Durée d'évolution (années)	15 ± 9	12 ± 7	<0,0001
Délai diagnostique (années)	7,8 ± 6	6 ± 5	0,04
Début juvénile, n (%)	19 (9,2 %)	194 (18 %)	0,002
Lombalgies inflammatoires, n (%)	202 (98,1 %)	1 002 (92,9 %)	0,005
Atteinte périphérique, n (%)	51 (24,8 %)	424 (39,3 %)	<0,0001
Polyarthrite, n (%)	17 (8,3 %)	222 (20,6 %)	<0,0001
Talgies, n (%)	114 (55,3 %)	492 (45,6 %)	0,01
Paroi thoracique antérieure, n (%)	117 (56,9 %)	534 (49,9 %)	0,05
Forme axiale, n (%)	145 (71,4 %)	646 (59 %)	0,004
Dactylite, n (%)	2 (1 %)	26 (2,4 %)	0,1
VS (mm/h)	31 ± 26	32 ± 26	0,5
CRP (mg/L)	13 ± 16	14 ± 18	0,4
BASFI	4,4 ± 2,0	4,4 ± 1,9	0,5
BASDAI	3,8 ± 1,5	3,8 ± 2,0	0,7
ASDAS	1,7 ± 1,1	1,6 ± 1,3	0,1
HLA-B27, n (%)	110 (53,4 %)	594 (55,1 %)	0,6
Comorbidités, n (%)	24 (11,7 %)	98 (9,1 %)	0,2
Tabac, n (%)	48 (23,3 %)	271 (23,1 %)	0,5
Antécédent familial de SpA, n (%)	54 (26,2 %)	230 (21,3 %)	0,1
MICI, n (%)	33 (16 %)	125 (11,6 %)	0,07
Psoriasis, n (%)	23 (11,2 %)	148 (13,7 %)	0,3
Ankylose rachis, n (%)	45 (21,8 %)	228 (21,1 %)	0,8
Syndesmophytes, n (%)	134 (65 %)	645 (59,8 %)	0,1
Spondylodiscites inflammatoires, n (%)	62 (30,1 %)	380 (35,2 %)	0,1
Coxite, n (%)	86 (41,7 %)	463 (42,9 %)	0,7
mSASSS	11 ± 15	11 ± 14	0,7
NR-SpA, n (%)	4 (1,9 %)	37 (3,4 %)	0,2
Anti-TNF, n (%)	103 (50 %)	229 (21,2 %)	<0,0001
Salazopyrine, n (%)	38 (18,4 %)	182 (16,9 %)	0,9
Méthotrexate, n (%)	45 (15,5 %)	162 (15 %)	0,9

En analyse univariée (tableau 2), la présence d'uvéite était associée à un âge au diagnostic plus élevé (OR = 1,03 ; IC 95 % [1,01–1,04] ; p = 0,0001) ainsi qu'à une durée d'évolution plus longue de la spondyloarthrite (OR = 1,04 ; IC 95 % [1,02–1,05] ; p = 0,0001). À l'inverse, un début juvénile était associé à une probabilité significativement plus faible de survenue d'uvéite (OR = 0,46 ; IC 95 % [0,28–0,77] ; p = 0,002).

Tableau 2 : comparaison entre le groupe avec versus sans uvéite (analyse univariée)

Variable	SpA avec uvéite (n = 206)	SpA sans uvéite (n = 1079)	OR (IC 95 %)	p
Âge au diagnostic (années)	35 ± 11	31 ± 10	1,03 [1,01–1,04]	0,0001
Durée d'évolution (années)	15 ± 9	12 ± 7	1,04 [1,02–1,05]	0,0001
Début juvénile, n (%)	19 (9,2)	194 (18,0)	0,46 [0,28–0,77]	0,002
Lombalgies inflammatoires, n (%)	202 (98,1)	1002 (92,9)	3,00 [1,40–6,40]	0,005
Atteinte périphérique, n (%)	51 (24,8)	424 (39,3)	0,53 [0,39–0,72]	< 0,0001
Atteinte polyarticulaire, n (%)	17 (8,3)	222 (20,6)	0,36 [0,21–0,61]	< 0,0001
Talalgies, n (%)	114 (55,3)	492 (45,6)	1,51 [1,13–2,03]	0,01
Forme axiale, n (%)	145 (71,4)	646 (59,9)	1,72 [1,20–2,50]	0,004
Atteinte de la paroi thoracique antérieure, n (%)	117 (56,9)	534 (49,5)	1,33 [0,95–1,85]	0,05
Traitement par anti-TNF, n (%)	103 (50,0)	229 (21,2)	3,70 [2,70–5,10]	< 0,0001

Sur le plan clinique, les lombalgies inflammatoires (OR = 3,00 ; IC 95 % [1,40–6,40] ; p = 0,005), les talalgies (OR = 1,51 ; IC 95 % [1,13–2,03] ; p = 0,01) ainsi que la forme axiale de la maladie (OR = 1,72 ; IC 95 % [1,20–2,50] ; p = 0,004) étaient significativement associées à la présence d'uvéite. En revanche, l'atteinte périphérique (OR = 0,53 ; IC 95 % [0,39–0,72] ; p < 0,0001) et la forme polyarticulaire (OR = 0,36 ; IC 95 % [0,21–0,61] ; p < 0,0001) étaient associées à une probabilité plus faible d'uvéite. L'atteinte de la paroi thoracique antérieure montrait une association limite avec l'uvéite (OR = 1,33 ; IC 95 % [0,95–1,85] ; p = 0,05).

Concernant les manifestations extra-articulaires, une prévalence légèrement plus élevée des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin était observée chez les patients présentant une uvéite (16 % vs 11,6 %), tandis que le psoriasis était légèrement moins fréquent (11,2 % vs 13,7 %), sans différence statistiquement significative. Aucune association significative n'était retrouvée avec le sexe. La survenue d'uvéite n'était pas associée au tabagisme ni à la présence de coxite. De même, l'activité de la maladie, évaluée par les scores BASDAI et ASDAS, ainsi que les marqueurs inflammatoires (VS et CRP), ne différaient pas significativement entre les deux groupes.

L'atteinte structurale, évaluée au niveau des articulations sacro-iliaques et du rachis (score mSASSS), ainsi que la présence de spondylodiscites inflammatoires, d'ankylose rachidienne postérieure ou de coxite, étaient comparables entre les groupes. La prévalence de l'HLA-B27 était également similaire chez les patients avec et sans uvéite (53,4 % vs 55,1 %), sans différence significative.

Parmi les patients présentant une uvéite, 38 (18,5 %) recevaient de la sulfasalazine, 45 (21,8 %) du méthotrexate et 103 (50 %) une biothérapie par anti-TNF α . Le recours aux anti-TNF α était significativement plus fréquent chez les patients présentant une uvéite (OR = 3,70 ; IC 95 % [2,70–5,10] ; p < 0,0001).

L'analyse multivariée (tableau 3) a identifié plusieurs facteurs indépendamment associés à la survenue d'uvéite chez les patients atteints de spondyloarthrite. Le recours aux anti-TNF α était significativement associé à la présence d'uvéite (OR ajusté = 3,00 ; IC 95 % [2,20–4,20] ; p < 0,001), probablement en lien avec un biais d'indication. Par ailleurs, la forme axiale de la maladie (OR = 1,50 ; IC 95 % [1,10–2,00] ; p = 0,01), la présence de lombalgies inflammatoires (OR = 2,00 ; IC 95 % [1,30–3,10] ; p = 0,002), les talalgies (OR = 1,30 ; IC 95 % [1,17–2,10] ; p = 0,003), ainsi qu'un âge plus élevé au diagnostic et une durée d'évolution plus longue étaient indépendamment associés à l'uvéite. Aucune association indépendante n'a été observée avec le sexe, la positivité du HLA-B27, les manifestations extra-articulaires associées ou les atteintes structurales.

4. DISCUSSION

La prise en charge optimale de la spondyloarthrite (SpA) nécessite une bonne compréhension de ses manifestations extra-articulaires (MEA), parmi lesquelles l'uvéite antérieure aiguë (UAA) occupe une place centrale en raison de sa fréquence et de son impact

fonctionnel et thérapeutique. Dans notre cohorte prospective, l'UAA représentait la MEA la plus fréquente, avec une prévalence de 16 %, supérieure à celle du psoriasis et des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Cette fréquence est inférieure à celle rapportée dans certaines méta-analyses internationales (≈33 %) [17], mais reste comparable aux données issues de régions d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine dans l'étude ASAS-COMOSPA et à la cohorte française DESIR [7,18], suggérant l'influence de facteurs génétiques, environnementaux ou méthodologiques entre les populations étudiées.

Tableau 3. Facteurs indépendamment associés à l'uvéite chez les patients atteints de SpA (analyse multivariée).

Variable	OR ajusté (IC 95 %)	p
Âge au diagnostic (par an)	1,03 [1,01–1,04]	0,001
Durée d'évolution (par an)	1,04 [1,02–1,05]	0,001
Début juvénile	1,10 [0,90–1,40]	0,12
Lombalgies inflammatoires	2,00 [1,30–3,10]	0,002
Atteinte périphérique	0,80 [0,60–1,00]	0,08
Atteinte polyarticulaire	1,20 [0,90–1,50]	0,15
Talgies	1,30 [1,17–2,10]	0,003
Forme axiale	1,50 [1,10–2,00]	0,01
Paroi thoracique antérieure	1,10 [0,80–1,50]	0,40
Anti-TNF alpha	3,00 [2,20–4,20]	<0,001

Sur le plan clinique, l'UAA observée dans notre série présentait les caractéristiques classiques décrites dans la SpA : atteinte antérieure, aiguë, récidivante et le plus souvent unilatérale. L'évolution était généralement favorable, la majorité des épisodes étant contrôlés par traitement local, en accord avec plusieurs séries européennes et asiatiques [5,17,19–21]. Néanmoins, des complications oculaires ont été observées chez 5,8 % des patients, principalement dans les formes récidivantes ou résistantes, soulignant que l'UAA n'est pas toujours bénigne. Contrairement à certaines données suggérant une prédominance masculine des formes sévères [6], les complications de notre série concernaient majoritairement des femmes, sans association significative globale entre le sexe et la survenue d'uvéite, résultats concordant avec plusieurs études récentes [3,22,23].

La prévalence de l'UAA augmentait avec la durée d'évolution de la maladie, observation largement corroborée dans la littérature [3,11,19,24,25], reflétant probablement l'exposition cumulative à l'inflammation systémique et la progression naturelle de la SpA. Le délai diagnostique plus long chez les patients présentant une uvéite pourrait traduire une focalisation initiale sur les symptômes oculaires, retardant l'identification de l'atteinte rhumatologique sous-jacente [26]. Concernant le statut HLA-B27, reconnu comme facteur majeur d'UAA [27,28,29], aucune association significative n'a été retrouvée dans notre population. Ce résultat, également observé dans certaines cohortes européennes telles que REGISPONDER-3 et DESIR [30,31], pourrait être lié à la prévalence plus faible du HLA-B27 dans notre série ou suggérer l'implication d'autres déterminants génétiques, notamment HLA-B60, HLA-DRB1 ou ERAP1 [32,33].

Dans la SpA associée au rhumatisme psoriasique (PsA) ou aux MICI, l'UAA peut présenter un phénotype différent, plus insidieux et avec une prédominance féminine [6,34]. Dans notre série, aucune association significative n'a été observée entre l'UAA et ces MEA, concordant avec d'autres travaux [5,19,25,35–37]. L'analyse multivariée a identifié un phénotype principalement axial associé à la survenue d'uvéite, caractérisé par la présence de lombalgies inflammatoires et de talalgies, avec une tendance à l'association uvéite–enthésite du talon, déjà rapportée par d'autres auteurs [5,19]. À l'inverse, aucune association indépendante n'a été observée avec l'activité clinique, les marqueurs inflammatoires ou l'atteinte structurale (mSASSS, sacro-iliaques, spondylodiscites, ankylose), résultats concordants avec certaines cohortes internationales malgré une littérature hétérogène [4,5,29,38–44]. Concernant la coxite, nos données ne confirment pas le lien rapporté par certaines études entre uvéite antérieure et atteinte de la hanche [13,29].

Le recours plus fréquent aux anti-TNFα chez les patients présentant une uvéite doit probablement être interprété comme un biais d'indication, ces traitements étant prescrits chez les patients présentant des formes plus sévères ou récidivantes. L'absence de différence concernant les DMARDs conventionnels confirme leur efficacité limitée dans la prévention de l'UAA associée à la SpA [45–48].

Forces et limites de l'étude

Les principaux points forts de notre étude résident dans son design prospectif et la taille importante de la cohorte, offrant une puissance statistique substantielle et permettant une analyse robuste des associations entre l'uvéite et les différentes caractéristiques de la spondyloarthrite. L'étude se distingue également par l'évaluation simultanée des paramètres cliniques, biologiques, structuraux et ophtalmologiques, offrant une approche globale du phénotype associé à l'uvéite dans la spondyloarthrite axiale. Les patients ont

été évalués dans des conditions de pratique clinique réelle, renforçant la pertinence et l'applicabilité des résultats. Enfin, cette cohorte apporte des données précieuses issues d'un contexte populationnel encore peu représenté dans la littérature internationale, enrichissant ainsi les connaissances actuelles.

Cependant, certaines limites doivent être soulignées. Malgré son caractère prospectif, la nature observationnelle de l'étude ne permet pas d'établir de relations causales formelles entre la survenue de l'uvéïte et les marqueurs de sévérité de la maladie. Le recrutement en milieu spécialisé pourrait introduire un biais de sélection, les patients suivis dans ces structures présentant potentiellement des formes plus sévères, limitant la généralisation des résultats. L'absence d'une analyse longitudinale dynamique intégrant l'évolution thérapeutique au cours du suivi restreint également l'interprétation de certaines associations. Le caractère monocentrique constitue une autre limite à l'extrapolation des données. Enfin, les antécédents d'uvéïte antérieure aiguë auto-rapportés et non systématiquement confirmés par un ophtalmologiste n'ont pas été retenus, ce qui pourrait avoir influencé l'estimation de la prévalence rapportée. Par ailleurs, la présentation souvent plus insidieuse et chronique de l'uvéïte associée aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin peut exposer à un risque de sous-diagnostic ou de sous-déclaration.

En somme, nos résultats confirment que l'uvéïte constitue une manifestation extra-articulaire significative de la spondyloarthrite, étroitement associée à certains profils cliniques et structuraux. Une identification précoce de ces patients pourrait permettre une prise en charge multidisciplinaire adaptée, optimisant le suivi et le pronostic global de la maladie. De futures études longitudinales intégrant l'évolution thérapeutique et les données multidimensionnelles permettront de mieux définir la valeur pronostique de l'uvéïte et d'optimiser les stratégies de prise en charge personnalisée chez les patients atteints de spondyloarthrite.

5. CONCLUSION

L'uvéïte antérieure aiguë (UAA) constitue la principale manifestation extra-articulaire de la spondyloarthrite (SpA), affectant environ un cinquième des patients de notre cohorte. Elle se caractérise par sa récurrence, sa présentation le plus souvent unilatérale et son impact fonctionnel. Classiquement, l'HLA-B27 est reconnu comme facteur de risque de l'UAA, indépendamment de la SpA. Dans notre population, aucune association significative n'a été observée, probablement en raison d'une prévalence plus faible de l'HLA-B27 ou de variations génétiques et environnementales spécifiques. Ces résultats soulignent l'importance d'une surveillance régulière et d'une collaboration étroite entre rhumatologues et ophtalmologistes pour prévenir les complications et optimiser la prise en charge des patients atteints de SpA.

Competing interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: This research received no external funding.

REFERENCES

1. Vale IMS, Pereira IA, Mastella MS. Analysis of the frequency of uveitis in spondyloarthritis patients and associations with clinical parameters of the disease. *Rev Bras Oftalmol.* 2018;77(2):80-4.
2. Bacchiaga ABS, Balbi GGM, Ochrop MLG, de Andrade FA, Levy RA, Baraliakos X. Ocular involvement in patients with spondyloarthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2017;56:2060-7. doi:10.1093/rheumatology/kex343
3. Zeboulon N, Dougados M, Gossec L. Prevalence and characteristics of uveitis in the spondyloarthropathies: a systematic literature review. *Ann Rheum Dis.* 2008;67:955-9. doi:10.1136/ard.2007.075754
4. Cantini F, Nannini C, Cassarà E, Kaloudi O, Niccoli L, et al. Uveitis in spondyloarthritis: an overview. *J Rheumatol Suppl.* 2015;93:27-9. doi:10.3899/jrheum.150630
5. Canouï-Poitrine F, Lekpa FK, Farrenq V, Boissinot V, Hacquard-Bouder C, Comet D, et al. Prevalence and factors associated with uveitis in spondyloarthritis patients in France: results from an observational survey. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012;64:919-24. doi:10.1002/acr.21625
6. Rosenbaum JT. Uveitis in spondyloarthritis including psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis, and inflammatory bowel disease. *Clin Rheumatol.* 2015;34(6):999-1002. doi:10.1007/s10067-015-2975-8
7. Maldonado-Ficco H, López-Medina C, Perez-Alamino R, Waimann CA, Maldonado-Cocco JA, Moltó A, et al. Prevalence and incidence of uveitis in patients with spondyloarthritis: the impact of the biologics era. Data from the international ASAS-COMOSPA study. *Rheumatology (Oxford).* 2025;64(5):2618-24.
8. Gómez-García I, Ladehesa-Pineda ML, Pucho-Larrubia MÁ, Ortega-Castro R, Font-Ugalde P, Pérez-Guijo V, et al. Uveitis as the first symptom in spondyloarthritis and its association with the evolution of the disease. Results from the REGISPONSER registry. *Joint Bone Spine.* 2021;88:105136. doi:10.1016/j.jbspin.2020.105136
9. Rosenbaum JT. Acute anterior uveitis and spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am.* 1992;18(1):143-51.

10. Keck KM, Choi D, Savage LM, Rosenbaum JT. Insights into uveitis in association with spondyloarthritis from a large patient survey. *J Clin Rheumatol*. 2014;20(3):141-5. doi:10.1097/RHU.0000000000000085
11. Rademacher J, Poddubnyy D, Pleyer U. Uveitis in spondyloarthritis. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2020;12:1759720X20951733. doi:10.1177/1759720X20951733
12. Lin H, Gong YZ. Association of HLA-B27 with ankylosing spondylitis and clinical features of the HLA-B27-associated ankylosing spondylitis: a meta-analysis. *Rheumatol Int*. 2017;37:1267-80. doi:10.1007/s00296-017-3727-6
13. Sun L, Wu R, Xue Q, Wang F, Lu P. Risk factors of uveitis in ankylosing spondylitis: an observational study. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(28):e4233. doi:10.1097/MD.00000000000004233
14. Gevorgyan O, Riad M, Sarran RD, Merrill PT, Block JA, Castrejon I. Anterior uveitis in patients with spondyloarthropathies in a single US academic center: a retrospective study. *Rheumatol Int*. 2019;39:1607-14. doi:10.1007/s00296-019-04366-6
15. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:777-83. doi:10.1136/ard.2009.108233
16. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Akkoc N, Brandt J, Chou CT, et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(1):25-31. doi:10.1136/ard.2010.133645
17. Taurog JD, Chhabra A, Colbert RA. Ankylosing spondylitis and axial spondyloarthritis. *N Engl J Med*. 2016;374(26):2563-74. doi:10.1056/NEJMra1406182
18. Braun J, Sieper J. Ankylosing spondylitis. *Lancet*. 2007;369(9570):1379-90. doi:10.1016/S0140-6736(07)60635-7
19. Sieper J, Poddubnyy D. Axial spondyloarthritis. *Lancet*. 2017;390:73-84. doi:10.1016/S0140-6736(16)31591-4
20. Wong RL, et al. Clinical associations of uveitis in axial spondyloarthritis group and ankylosing spondylitis group. *J Clin Rheumatol*. 2020;26(1):1-6.
21. Dougados M, Etcheto A, Moltó A, et al. Clinical presentation of patients suffering from recent onset chronic inflammatory back pain suggestive of spondyloarthritis: the DESIR cohort. *Joint Bone Spine*. 2015;82:345-51. doi:10.1016/j.jbspin.2015.02.008
22. Wendling D, Prati C, Lequerré T, Miceli C, Dougados M, Moltó A, Guillot X. L'uvéite dans les rachialgies inflammatoires récentes. Données à cinq ans de la cohorte nationale française prospective DESIR. *Rev Rhum*. 2021;88:10.1016/j.rhum.2021.06.001. doi:10.1016/j.rhum.2021.06.001
23. Sungur G, Yakin M, Uzman S, Balta O, Orman G, Ornek F. Clinical features and prognosis of uveitis in a Turkish patient population with ankylosing spondylitis: incidence and management of ocular complications. *Ocul Immunol Inflamm*. 2019;27(4):551-9. doi:10.1080/09273948.2018.1435765
24. Sánchez-León AM, Ladehesa-Pineda ML, Puche-Larrubia MÁ, Ábalos-Aguilera MC, Ruiz-Vilchez D, Escudero-Contreras A, et al. Uveitis in longstanding axial spondyloarthritis and its association with biologic therapy initiation: data from the REGISPON-3 cohort. *J Clin Med*. 2025;14:7128. doi:10.3390/jcm14237128
25. Al-Ani HH, Sims JL, Niederer RL. Long term complications and vision loss in HLA-B27 uveitis. *Eye (Lond)*. 2023;37(8):1673-7. doi:10.1038/s41433-022-02227-2
26. Mitulescu TC, Popescu C, Naie A, Predețeanu D, Popescu V, Alexandrescu C, Voinea LM. Acute anterior uveitis and other extra-articular manifestations of spondyloarthritis. *J Med Life*. 2015;8(3):319-25.
27. Martin TM, Rosenbaum JT. An update on the genetics of HLA-B27-associated acute anterior uveitis. *Ocul Immunol Inflamm*. 2011;19:108-14. doi:10.3109/09273948.2010.545479
28. 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. doi:10.1001/jamaophthalmol.2013.4237
29. Llop M, Gratacós J, Moreno M, Salaet MA, Calvet J, Berenguer-Llargo A, et al. Sex differential impact of comorbidities in spondyloarthritis: data from COMOSPA study. *RMD Open*. 2024;10:e003776. doi:10.1136/rmdopen-2023-003776
30. Frantz C, Portier A, Etcheto A, et al. Acute anterior uveitis in spondyloarthritis: a monocentric study of 301 patients. *Clin Exp Rheumatol*. 2019;37:26-31.
31. Varkas G, Vastesaeger N, Cypers H, et al. Association of inflammatory bowel disease and acute anterior uveitis, but not psoriasis, with disease duration in patients with axial spondyloarthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2018;70:1588-96. doi:10.1002/art.40528
32. Rim TH, Kim SS, Ham DI, et al. Incidence and prevalence of uveitis in South Korea: a nationwide cohort study. *Br J Ophthalmol*. 2018;102:79-83. doi:10.1136/bjophthalmol-2016-309897
33. Redeker I, Callhoff J, Hoffmann F, et al. Determinants of diagnostic delay in axial spondyloarthritis: an analysis based on linked claims and patient-reported survey data. *Rheumatology (Oxford)*. 2019;58:1634-8. doi:10.1093/rheumatology/kez078
34. Kopplin LJ, Mount G, Suhler EB. Review for disease of the year: epidemiology of HLA-B27 associated ocular disorders. *Ocul Immunol Inflamm*. 2016;24:470-5. doi:10.3109/09273948.2015.1119286
35. D'Ambrosio EM, La Cava M, Tortorella P, Gharbiya M, Campanella M, Iannetti L. Clinical features and complications of the HLA-B27-associated acute anterior uveitis: a meta-analysis. *Semin Ophthalmol*. 2016;31:1-13. doi:10.3109/08820538.2014.959189
36. Wendling D. Uveitis in seronegative arthritis. *Curr Rheumatol Rep*. 2012;14:402-8. doi:10.1007/s11926-012-0276-4
37. Sampaio-Barros PD, Pereira IA, Hernández-Cuevas C, et al. An analysis of 372 patients with anterior uveitis in a large Ibero-American cohort of spondyloarthritis: the RESPONDIA group. *Clin Exp Rheumatol*. 2013;31:484-9.
38. Arévalo M, Gratacós J, Moreno M, et al. Influence of HLA-B27 on the ankylosing spondylitis phenotype: results from the REGISPONSER database. *Arthritis Res Ther*. 2018;20:221. doi:10.1186/s13075-018-1717-9
39. Wendling D, Prati C, Demattei C, et al. Impact of uveitis on the phenotype of patients with recent inflammatory back pain: data from a prospective multicenter French cohort. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64:1089-93. doi:10.1002/acr.21638
40. Reveille JD, Ball EJ, Khan MA. HLA-B27 and genetic predisposing factors in spondyloarthropathies. *Curr Opin Rheumatol*. 2001;13:265-72. doi:10.1097/00002281-200107000-00009
41. Wakefield D, Yates W, Amjadi S, et al. HLA-B27 anterior uveitis: immunology and immunopathology. *Ocul Immunol Inflamm*. 2016;24:450-9. doi:10.3109/09273948.2015.1119285
42. Lyons JL, Rosenbaum JT. Uveitis associated with inflammatory bowel disease compared with uveitis associated with spondyloarthropathy. *Arch Ophthalmol*. 1997;115:61-4. doi:10.1001/archophth.1997.01100150063012

43. Peluso R, Di Minno MN, Iervolino S, Manguso F, Tramontano G, Ambrosino P, et al. Enteropathic spondyloarthritis: from diagnosis to treatment. *Clin Dev Immunol.* 2013;2013:631408. doi:10.1155/2013/631408
44. Yilmaz S, Aydemir E, Maden A, et al. The prevalence of ocular involvement in patients with inflammatory bowel disease. *Int J Colorectal Dis.* 2007;22:1027-30. doi:10.1007/s00384-006-0275-2
45. Cantini F, Niccoli L, Nannini C, Cassarà E, Kaloudi O, Rizzello F, et al. Case-control study on dactylitis, enthesitis, and anterior uveitis in spondyloarthritis associated with inflammatory bowel diseases: role of coexistent psoriasis. *J Rheumatol.* 2017;44(9):1341-6. doi:10.3899/jrheum.161374
46. Cantini F, Niccoli L, Nannini C, Kaloudi O, Bertoni M, Cassarà E. Psoriatic arthritis: a systematic review. *Int J Rheum Dis.* 2010;13:300-17. doi:10.1111/j.1756-185X.2010.01547.x
47. Niccoli L, Nannini C, Cassarà E, Kaloudi O, Susini M, Lenzetti I, et al. Frequency of iridocyclitis in patients with early psoriatic arthritis: a prospective follow-up study. *Int J Rheum Dis.* 2012;15:414-8. doi:10.1111/j.1756-185X.2012.01743.x
48. Teixeira LP, Abrahão MM, Dália ER, Campos LM, Junior JJ, Da Fonseca VC. Study of the prevalence of uveitis in a tertiary ophthalmology hospital in Teresina, Piauí, Brazil. *Rev Bras Oftalmol.* 2016;75(3):174-80.
49. de Winter JJ, van Mens LJ, van der Heijde D, et al. Prevalence of peripheral and extra-articular disease in ankylosing spondylitis versus non-radiographic axial spondyloarthritis: a meta-analysis. *Arthritis Res Ther.* 2016;18:196. doi:10.1186/s13075-016-1093-z
50. Essers I, Ramiro S, Stolwijk C, et al. Characteristics associated with the presence and development of extra-articular manifestations in ankylosing spondylitis: 12-year results from OASIS. *Rheumatology (Oxford).* 2015;54:633-40. doi:10.1093/rheumatology/keu388
51. Kook H, Jin SH, Lee S, Lee SJ, Kim TH, Kim TJ. Radiographic progression in patients with ankylosing spondylitis according to uveitis based on the observation study of Korean Spondyloarthropathy Registry. *Arch Rheumatol.* 2019;35(1):1-6. doi:10.5606/ArchRheumatol.2019.7095
52. Gehlen M, Regis KC, Skare TL. Demographic, clinical, laboratory and treatment characteristics of spondyloarthritis patients with and without acute anterior uveitis. *Sao Paulo Med J.* 2012;130:141-4. doi:10.1590/S1516-31802012000300004
53. Chen HA, Chen CH, Liao HT, Lin YJ, Chen PC, Chen WS, et al. Factors associated with radiographic spinal involvement and hip involvement in ankylosing spondylitis. *Semin Arthritis Rheum.* 2011;40:552-8. doi:10.1016/j.semarthrit.2010.07.005
54. Kook H, Jin SH, Lee S, Lee SJ, Kim TH, Kim TJ. Radiographic progression in patients with ankylosing spondylitis according to uveitis based on the observation study of Korean Spondyloarthropathy Registry. *Arch Rheumatol.* 2020;35(1):1-6. doi:10.5606/ArchRheumatol.2020.7095
55. Chen CH, Lin KC, Chen HA, et al. Association of acute anterior uveitis with disease activity, functional ability and physical mobility in patients with ankylosing spondylitis: a cross-sectional study of Chinese patients in Taiwan. *Clin Rheumatol.* 2007;26:953-7. doi:10.1007/s10067-006-0403-6
56. Pasadhika S, Rosenbaum JT. Update on the use of systemic biologic agents in the treatment of noninfectious uveitis. *Biologics.* 2014;8:67-81. doi:10.2147/BTT.S40366
57. Muñoz-Fernández S, Hidalgo MV, Fernández-Melón J, Bonilla G, Ruiz-Sancho D, et al. Sulfasalazine reduces the number of flares of acute anterior uveitis over a one-year period. *J Rheumatol.* 2003;30(6):1277-9.
58. Oray M, Tuğal-Tutkun I. Treatment of juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. *Turk Oftalmol Derg.* 2016;46(2):77-82. doi:10.4274/tjo.37459
59. Lindström U, Bengtsson K, Olofsson T, Di Giuseppe D, Glintborg B, Forsblad-D'Elia H, et al. Anterior uveitis in patients with spondyloarthritis treated with secukinumab or tumour necrosis factor inhibitors in routine care: does the choice of biological therapy matter? *Ann Rheum Dis.* 2021;80:1445-52. doi:10.1136/annrheumdis-2021-220642