

Occlusion Veineuse Rétinienne A Propose De 32 Cas Retinal Venous Occlusion With 32 Cases

Salssabile Nafizy(1), Samia Nassik(1), Aouatef Masmoudi(1), Amine Kouisbahi
(1), Hamza El Orch (1), Amina Berraho (1)

1Service d'ophtalmologie B. Hôpital des spécialités. CHU Rabat 6220. Quartier Souissi 6220 Rabat, Maroc
Corresponding Author: Salssabile Nafizy

Résumé: Les occlusions veineuses rétiniennes (OVR) représentent en fréquence la deuxième cause de rétinopathie d'origine vasculaire, après la rétinopathie diabétique, et une cause fréquente de baisse d'acuité visuelle.

Il s'agit d'une étude prospective réalisée au service d'ophtalmologie B. Hôpital des spécialités de Rabat, étalée sur une période de 2 ans d'Octobre 2014 à octobre 2016. Nous avons inclus tous les patients présentant une OVR ; nous avons exclus les patients perdus de vue lors des contrôles. Il s'agit de 32 cas, l'âge moyen de nos patients est de 53 ans, avec des extrêmes de 35 et 67 ans. La répartition des patients selon le sexe est 56% d'hommes (18 cas) et 44% de femmes (14 cas). Les OVCR représentent 50% des cas. Le délai moyen de consultation est de 3,6 mois. L'œdème maculaire est présent dans 65,42% des cas, il varie entre 350 et 1100 microns ; avec une épaisseur maculaire moyenne de 640 microns. Dans l'étude d'un terrain prédisposant, l'HTA apparaît comme un facteur prédominant : 46,15% des patients.

La multiplicité des étiologies retrouvées confirme l'origine multifactorielle de cette affection. Ce n'est que dans un très petit nombre de cas, chez les sujets jeunes et en l'absence d'un facteur de risque classique, qu'un bilan plus poussé sera demandé. Les dernières années ont principalement été marquées par un bouleversement dans l'approche diagnostique et OVR avec le développement des techniques d'imagerie (angiographie numérisée et l'OCT). Les tableaux cliniques et les complications des OVR sont maintenant de mieux en mieux connus et précisés, mais leur physiopathologie reste encore incomplètement élucidée.

Abstract: Retinal vein occlusions (RVO) represent the second leading cause of frequency of vascular retinopathy after diabetic retinopathy, and a common cause of decreased visual acuity. This is a prospective study at the Department of Ophthalmology B of the Specialty Hospital of Rabat, over a period of 2 years from October 2014 to October 2016. We included all patients with RVO; we excluded patients lost during controls. 32 cases, the average age of our patients is 53 years, with extremes of 35 and 67 years. The distribution of patients by gender is 56% men (18 cases) and 44% of women (14 cases). The CRVO represent 50% of cases. The average consultation is 3.6 months. Macular edema is present in 65.42% of cases; it varies between 350 and 1100 microns, with an average macular thickness of 640 microns. Hypertension appears to be a predominant risk factor: 46.15% of patients. The multiplicity of etiologies found confirms the multifactorial origin of this condition. It is only a very small number of cases in young subjects and in the absence of classic risk factors, a further assessment is required. Recent years have been marked mainly by a revolution in the approach to diagnosis with the development of imaging techniques (digital angiography and OCT). The clinical and complications of RVO are now better known and specified, but their pathophysiology remains incompletely understood.

Mots clés: occlusion veineuse rétinienne, facteur de risque, diagnostic

Keywords: retinal vein occlusion, risk factor, diagnosis

Date of Submission: 05-05-2018

Date of acceptance: 22-05-2018

I. Introduction

L'occlusion veineuse rétinienne correspond à un ralentissement de la circulation sanguine dans les veines rétiniennes. Elle représente en fréquence la deuxième cause de rétinopathie d'origine vasculaire, après la rétinopathie diabétique. Les OVR peuvent être classées selon le site de l'obstruction en occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR) ou en occlusion de branche veineuse rétinienne (OBVR). Les facteurs de risque prédominants sont l'hypertension artérielle et l'hypertonie oculaire. L'apport de l'angiographie rétinienne permet une meilleure analyse des atteintes et aussi de reconnaître les différents tableaux cliniques et leurs évolutions. Ce travail a pour ambition de mettre le point sur le profil épidémiologique, l'approche diagnostique, des occlusions veineuses rétiniennes au service d'ophtalmologie B de l'hôpital des spécialités de Rabat.

II. Materiel ET Methods

Il s'agit d'une étude prospective étalée sur une période de 2ans d'Octobre 2014 à Octobre 2016. Il s'agit de 32 patients présentant une OVR, L'âge moyen de nos patients est de 53 ans, avec des extrêmes de 35 et 67 ans. Notre étude ne montre pas de prédominance d'un sexe par rapport à l'autre ; avec 56% d'hommes (18cas) et 44% de femmes (14 cas). A l'interrogatoire on note : 3 patients diabétiques, 6 cas suivis pour une HTA. un stress associé à la survenue d'une OVR chez 4 patients (dont 3 cas de décès d'un proche et un cas de surmenage), le tabagisme est retrouvé dans 23% des cas : ce sont des patients consommant plus d'un paquet par jours depuis plus de 15 ans. Le syndrome d'apnée de sommeil été recherché mais les résultats étaient non significatifs pour tous nos patients. Un cas avec notion de contraception orale. Un malade suivi pour une valvulopathie mitrale. Un patient suivi pour une sarcoïdose systémique. La notion de migraine chez un cas. 2 patients suivis pour glaucome primitif à angle ouvert.; Un seul patient avec antécédent familial d'OVR. Dans 60% des cas les patients se plaignent d'un trouble visuel apparaissant le matin au réveil dominé par la BAV et le syndrome maculaire. Le délai moyen de consultation est de 3,6 mois, avec des extrêmes allant de 32 jours à 12 mois. 79% des patients consultent dans un délais supérieur à 1,5 mois. 77% des patients ont une AV initiale inférieure à 1/10. Pour les OVCR, l'AV initiale est inférieure à 1/10 dans 84,6% contre 77% pour les OBVR. L'examen de la cornée retrouve chez 2 patients un œdème de cornée avec une buée épithéliale. Une rubéose irienne est présente chez 3 patients Le réflexe photomoteur est absent dans quatre yeux. L'examen au tonomètre à aplanation retrouve une hypertonie oculaire dans 42% des cas. Le tonus oculaire moyen, corrigé en fonction de la pachymétrie, en cas d'hypertonie est de 36 mmhg avec des extrêmes allant de 24 mmhg à 60 mmhg. La gonioscopie trouve une pseudoexfoliation angulaire chez 2 cas. On note 3 cas d'OVCR compliqués d'un glaucome néovasculaire (23% des OVCR) ; dont 2 cas de glaucome néovasculaire stade terminale et un cas de glaucome néovasculaire stade III. L'examen du vitré objective trois cas présentant une hémorragie intravitréenne stade I et un cas d'hyalite. L'examen du fond d'œil retrouve : Une excavation papillaire pathologique chez 14 patients (44% des cas) dont 6 présentent une excavation totale. L'angiographie rétinienne est réalisée d'emblée chez 26 malades et après éclaircissement des milieux chez 6 patients. Une OVCR dans 50% des cas. Une OBVR chez 50% des patients, on note 2 cas de vascularite occlusive et 4 cas d'OVR compliqués d'une néovascularisation postérieure dont une OBVR et 3 OVCR. L'OCT retrouve un œdème maculaire dans 65,42% des cas, il varie entre 350 et 1044 microns ; avec une épaisseur maculaire moyenne de 640 microns. L'échographie oculaire réalisée chez 3 patients pour l'exploration du segment postérieur car le fond d'œil est inaccessible à cause des troubles des milieux. L'échographie montre : Une rétine à plat chez les 3 patients. Un décollement postérieur du vitré total chez 2 patients. Une excavation papillaire exagérée chez 2 cas. L'examen général objective une surcharge pondérale dans 23% des cas, une HTA chez 46,15% des patients, une aptose bipolaire chez un patient, au moins un facteur de risque d'artériosclérose a été noté dans 22 cas. Dans l'étude d'un terrain prédisposant, c'est l'HTA qui apparaît comme un facteur prédominant : 46,15% des patients, elle est suivie par l'hyperlipidémie : 34,60% et le glaucome 30,76%.

III. Discussion

Les occlusions veineuses rétinienne sont une des causes les plus fréquentes des pathologies vasculaires rétinienne chez l'adulte derrière la rétinopathie diabétique (1). L'incidence augmente avec l'âge, mais ne semblent pas différentes selon le sexe (1). Le mode d'installation des troubles visuels est variable. Le plus souvent, le patient se plaint d'un trouble visuel apparaissant le matin au réveil. La prise de conscience des symptômes le matin au réveil est une notion classique et chiffrée à 77% pour les OVR (2). La baisse d'AV se manifeste au départ par un brouillard visuel, compatible avec une vision relativement conservée. Le flou visuel peut régresser spontanément, mais dans la plupart des cas, il s'accroît progressivement au cours des premières semaines pour conduire à une baisse franche de l'AV (3). Il faut rechercher minutieusement les premiers signes de rubéose irienne avant la dilatation pupillaire. L'examen du fond d'œil permet souvent de diagnostiquer une OVR face à la triade caractéristique décrite par Gabriel Coscas, associant dilatations et tortuosités veineuses, hémorragies rétinienne, œdème rétinien et nodules cotonneux (4). L'angiographie à la fluorescéine reste un examen essentiel pour analyser et suivre toutes les pathologies vasculaires rétinienne et en particulier, les OVR. Le cliché en couleur : apporte des informations importantes sur l'abondance et le type des hémorragies, la turgescence et les tortuosités des veines rétinienne et le caractère foncé, désaturé du sang veineux. Le cliché en lumière verte (anérythre) : apportera un contraste maximum pour l'analyse des vaisseaux et des hémorragies et la mise en évidence des aspects fugaces de blanc périveinulaire. Après injection de fluorescéine on apprécie Le retard veineux: la gêne à la circulation de retour entraîne un ralentissement du flux sanguin. Un retard artériel modéré accompagne souvent le retard veineux. Dans d'autre cas, le remplissage artériel peut être ralenti de manière transitoire, comme c'est le cas des formes avec blanc périveinulaire qui sont caractérisées par un ralentissement circulatoire marqué à la période tout à fait initiale de l'occlusion, mais qui peut être rapidement réversible, d'où le caractère fugace de la coloration blanche (4). L'angiographie au vert d'indocyanine Son indication est limitée en matière des OVR. A la phase initiale des OBV, l'ICG peut permettre

de bien identifier le croisement pathologique lorsqu'il est recouvert par d'épaisses hémorragies rétiniennes(5).L'examen OCT permet d'apprécier les conséquences des troubles de la perméabilité vasculaire en visualisation l'exsudation et l'œdème rétinien qui en résultent, ou aussi les conséquences de la non perfusion et de l'ischémie.L'examen en OCT permet aussi de quantifier les modifications de l'épaisseur de la rétine et le volume de l'œdème maculaire cystoïde (5).

IV. Conclusion

Les tableaux cliniques et les complications des OVR sont maintenant de mieux en mieux connus et précisés, mais leur physiopathologie reste encore incomplètement élucidée.La multiplicité des étiologies retrouvées confirme l'origine multifactorielle de cette affection, dans laquelle des voies très diverses semblent aboutir à un même symptôme, le ralentissement circulatoire dans le secteur veineux, dont toutes les autres manifestations cliniques vont résulter.

V. Déclaration d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt en relation avec cet article.

VI. Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont participé à la réalisation de l'article. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

References

- [1]. S. Rogers, RLet al. McIntosh. The prevalence of retinal vein occlusion: pooled data from population studies from the United states, Europe, Asia, and Australia. *Ophthalmology* 2010; 117:313-9 el.
- [2]. LL. Lim, N. Cheung .Prevalence and risk factors of retinal vein occlusion in an Asian population.*TheBritish Journal of Ophtalmology* 2008;92:1316-19.
- [3]. A. Laktaoui. Les occlusions veineuses rétiniennes: enquête étiologique etapproche thérapeutique ; mémoire, service d'ophtalmologie hôpital militaire d'instruction Mohammed V Rabat 2003.
- [4]. J. Tilleul, A. Glacet Bernard. circonstances de survenue des occlusions veineusesrétiniennes. *J FrOphtalmo*2011; 34 :318-24.
- [5]. N. Yamaike, A. Tsujikawa. Three-dimentional imaging of cystoids macular edema in retinal vein occlusion. *Ophthalmology* 2008; 115:355-62.

IOSR Journal of Pharmacy and Biological Sciences (IOSR-JPBS) is UGC approved Journal with Sl. No. 5012, Journal no. 49063.

Salssabile Nafizy "Occlusion Veineuse Rétinienne A Propose De 32 Cas Retinal Venous Occlusion With 32 Cases." *IOSR Journal of Pharmacy and Biological Sciences (IOSR-JPBS)* 13.3 (2018): 11-13.