



Article original

Occlusions veineuses rétinienne au CHU IOTA

Retinalvenous occlusions at IOTA University Hospital

G Saye*¹, A Guindo¹, F Kounandji¹, M Abass¹, M Coulibaly², M Sissoko¹, F Sylla¹, L Traore³

Résumé

Les occlusions veineuses rétinienne (OVR) représentent la deuxième cause de rétinopathie d'origine vasculaire, et une cause fréquente de baisse d'acuité visuelle. Il s'agit d'une étude prospective et descriptive réalisée au CHU IOTA de Bamako, sur une période de six mois. Ont été inclus dans l'étude tous les patients présentant une OVR diagnostiquée durant la période ; nous avons exclu les patients perdus de vue. Nous avons colligé 34 yeux appartenant à 33 patients. Les OVCR représentaient 52,9% et les OBVR 47,1%. L'HTA apparaît comme un facteur de risque prédominant avec 44%. 32,8% de nos patients ont bénéficié d'une photocoagulation au laser Argon. L'IVT par bevacizumab a été réalisée chez un patient. La multiplicité des étiologies retrouvées confirme l'origine multifactorielle de cette affection. Ce n'est que dans un petit nombre de cas, chez les sujets jeunes et en l'absence d'un facteur de risque classique, qu'un bilan plus poussé a été réalisé. Dans ces dernières années des avancées remarquables ont été observées dans l'approche diagnostique et thérapeutique des OVR. Ceux-ci grâce au développement des techniques d'imagerie (angiographie numérisée et l'OCT) et l'avènement des injections intravitréennes d'anti VEGF et de corticoïdes.

Mots clés : Occlusions veineuses rétinienne, BAV, laser Argon.

Abstract

Retinal venous occlusions (OVRs) are the second leading cause of vascular retinopathy, and a common cause of decreased visual acuity. This is a prospective and descriptive study carried out at the IOTA CHU in Bamako, over a six-month. All patients with a diagnosed OVR were included in the study during the period; we have excluded patients who have lost sight of them. We collected 34 eyes belonging to 33 patients. OVCR accounted for 52.9% and OBVR cases against 47.1%. HTA appears to be a predominant risk factor with 44%. 32.8% of our patients benefited from Argon laser photocoagulation. BEvacizumab IVT was performed in one patient. The multiplicity of etiologies found confirms the multifactorial origin of this condition. It was only in a small number of cases, in young subjects and in the absence of a conventional risk factor, that a more thorough. In recent years remarkable advances have been observed in the diagnostic and therapeutic approach of OVR. These thanks to the development of imaging techniques (digital angiography and OCT) and the

advent of intravitreal injections of anti VEGF and corticosteroids.

Keywords: Retinal venous occlusions, BAV, Argon laser.

Introduction

L'occlusion veineuse rétinienne (OVR) correspond à un ralentissement ou une obstruction de la circulation sanguine dans les veines rétinienne. Le plus souvent, elle est provoquée par un rétrécissement du calibre de la veine, favorisant la stase sanguine. Dans les formes sévères, on assiste à la formation d'un véritable thrombus suite à l'activation de la cascade de thrombo-formation [1].

<< Nulle part ailleurs dans l'organisme, l'occlusion d'une petite veine ne semble avoir l'importance et le retentissement qu'elle a dans l'œil. Et surtout, nulle part ailleurs, ses signes, son évolution et ses séquelles ne peuvent y être analysés avec autant de précision en clinique humaine >>. Cette phrase d'introduction du congrès de la société française d'ophtalmologie (SFO) en 1978 des Pr COSCAS et DHERMY presque poétique, exprime bien le décalage qui reste d'actualité entre la taille des petites veinules rétinienne altérées et le retentissement visuel parfois majeur. L'examen ophtalmologique du FO garde le privilège de voir directement les réseaux vasculaires rétinienne de quelques dizaine ou centaines de micron de diamètre [1, 2]. Les occlusions veineuses rétinienne (OVR) constituent la deuxième cause de pathologie vasculaire rétinienne après la rétinopathie diabétique [1, 2]. Plusieurs auteurs estiment qu'environ 16.4 millions d'adultes sont atteints d'OVR, dont 2.5 millions souffrent d'une occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR), et 13,9 millions sont atteints d'occlusion de branches veineuses rétinienne (OBVR) [1]. Pour le docteur Pascal CHASSOT les OVR représentent 0,2% de leur consultation [3]. L'étude Tunisienne de Younes a conclu à une

prévalence de 0,26% [1]. L'incidence annuelle des OVR se situe autour de 2 à 3 pour 10 000 sujets, [4]. L'incidence des OVR augmente avec l'âge. Ce travail a pour but de montrer le profil épidémiologique, l'aspect angiographique, l'approche diagnostique et thérapeutique des occlusions veineuses rétinienne dans notre service.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive sur 6 mois. Ont été inclus tous les patients présentant une OVR diagnostiquée lors de l'examen du fond d'œil au moment de la période de l'enquête. Il s'agissait d'un échantillonnage non probabiliste des patients reçu durant la période d'étude, répondant aux critères d'inclusion et consentant. Une fois le diagnostic d'OVR posé par un examen ophtalmologique complet, l'angiographie à la fluorescéine a été demandée. D'autres structures ont été sollicitées pour le bilan étiologique ou pour la prise en charge des facteurs de risques. L'enquête s'est déroulée dans la confidentialité, le respect et après le consentement éclairé des patients.

Résultats

Au terme de notre étude nous avons colligé 33 patients répondant à nos critères d'inclusion.

Le sexe masculin représentait 61% contre 39 % de femmes avec un sexe ratio de 1,54. La tranche d'âge de 61 ans et plus représentait 45,5%, celui de 41 à 60 ans 39,4% et celui de 20 à 40 ans 15,2%. Les facteurs de risques étaient l'HTA 44% ; le diabète 23% ; l'HTO et le glaucome 10% chacun. La BAV était le motif de consultation le plus évoqué avec 77,8% puis les céphalées 11 %. Nous avons obtenu 52,9% d'OVCR et 47,1% d'OBVR. La forme œdémateuse était de 50% ; la forme ischémique 38,2% et la forme mixte 11,8%. Les formes ischémiques ont bénéficié tous d'un traitement physique par laser Argon. Chez un patient avec OVCR forme ischémique, une

injection intra vitréenne de Bevacizumab (avastin) a été effectué. Une acuité visuelle inférieure à 1/10, a été observée chez 47%, à l'œil droit et chez 29,4% à l'œil gauche.

Discussion

La tranche d'âge la plus touchée était celle supérieure ou égale à 61 ans avec 45,5% suivi de celle de 41 à 60 ans soit 39,4% et de celle de 20 à 40 ans soit 15,2%, avec une moyenne d'âge de 59 [5]. Ce résultat corrobore les données de la littérature qui décrivent un âge moyen de 60 ans. Younes dans son étude avait trouvé 53 ans comme âge moyen [1]. Les OVCR surviennent le plus souvent chez des sujets de plus de cinquante ans présentant des facteurs de risque vasculaire [2]. Les hommes représentaient 61% ; Avec un sexe ratio de 1,54. Cette prédominance masculine est notée par la plupart des auteurs [2,6,7]. La BAV représentait 77,8% des motifs de consultation dans notre série. Elle est le signe capital évoqué dans la littérature, elle est due à l'atteinte maculaire qui l'est très souvent associée [2,6]. Younes a trouvé 60% de BAV comme motif de consultation [1]. Dans notre étude, les antécédents les plus retrouvés étaient HTA 44%. Younes a trouvé 46,15% d'HTA [1]. Le diabète 23% identique à ce que Younes a trouvé [1]. Quant au glaucome on a trouvé 10%. Dans les OVCR, la prévalence du glaucome est de 10 à 40 % dans la plus part des études avec un odds ratio en moyenne de 3, ce qui signifie que l'on retrouve 3 fois plus de glaucome chez les patients ayant une OVCR et qu'un patient ayant un GPAO aura 3 fois plus de risque de faire une OVCR qu'un patient non glaucomateux [1]. L'étude de Younes a trouvé une association OVCR et GPAO de 34,5% [1]. Les facteurs de risque vasculaires (HTA et diabète) constituaient 67% ; Ce résultat est inférieur à celui du rapport annuel novembre 2011 de la SFO (75%), mais aussi inférieur à celui de Younes 84% [1,6]. Sur les 55,88% d'atteintes observées à l'œil droit

44,12% avaient une acuité visuelle inférieure à 3/10 et 35,29% avaient moins de 1/10. Concernant les atteintes de l'œil de gauche (44,12%) ; 38,24% avaient une acuité visuelle inférieure à 3/10 et 32,35% avaient moins de 1/10, un cas de cécité irréversible a été observée. Ainsi la BAV se révèle comme étant le principal motif de consultation dans cette pathologie. Younes a trouvé 77 à 84,6% d'OVR avec acuité visuelle inférieure 1/10 [1]. Dans notre étude plus de la moitié de nos patients présentaient une OVCR soit 52,9% contre 47,1% d'OBCR. La moitié de nos patients présentaient une forme œdémateuse à l'angiographie, 32,8% de forme ischémique et 11,8% de forme mixte. Le caractère ischémique des OVCR constituant un critère pronostique défavorable [8] est sous représenté dans notre étude comparativement aux 18,5% de formes ischémiques rapportées par Hayreh et al [9]. Notre résultat est comparable à celui obtenu par Younes 50% de forme œdémateuse [1]. Une PPR rapide et confluyente est réalisée devant toute OVCR ischémique même en absence de rubéose irienne à cause des difficultés d'instaurer une surveillance régulière et rapprochée. Dans notre série le laser argon a été effectué chez 38,2%.

Conclusion

Les occlusions veineuses rétiniennes (OVR) constituent la deuxième cause de pathologie vasculaire rétinienne après la rétinopathie diabétique.

Les aspects cliniques des OVR sont maintenant de mieux en mieux connus et précisés, mais leur physiopathologie reste encore incomplètement élucidée.

Les OVR sont potentiellement cécitantes en absence d'une prise en charge adéquate. Cette prise en charge est multidisciplinaire.

***Correspondance :**

Gounon Saye

gounonsaye05@gmail.com

Disponible en ligne: 04 Mars 2020

1 Centre Hospitalier Universitaire de l'Institut d'Ophtalmologie
Tropicale de l'Afrique, Boulevard du peuple, Bamako Mali ;

2 Centre de Santé de Référence de San ; San Mali ;

3 Programme national de santé oculaire du Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

[1] Younes Samar. Les occlusions veineuses rétinienne à propos de 26 cas ; Thèse Med, Maroc, N° 168, 2012.

[2] A. Glacet-Bernard, G .Coscas, C.J. Pournaras. Occlusion veineuse rétinienne ; Rapport annuel, SFO novembre 2011.

[3] Pascal CHASSOT. Occlusions Veineuses Rétiniennes Rappel Physiopathologique. Présentation de quelques observations. [https:// www.sante-centre.fr](https://www.sante-centre.fr).

[4] Le Manuel Du Résident - Ophtalmologie III Exclusivité 2009, EMC 21-001-A-05.

[5] Agnès Glacet-Bernard, Coscas G, Constantin J. Pournaras, Michel Paques. Occlusions veineuses rétinienne. Bulletin des sociétés d'ophtalmologie de France (BSOF 2011).

[6] Professeur Michel MOUILLON Corpus Médical – Faculté de Médecine de Grenoble ; Les oblitérations vasculaires rétinienne Juillet 2005.Consultable sur <http://www.sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/> 1/8.

[7] Item 221 (item 130) : Occlusions veineuses rétinienne (OVCR).Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France (COUF) 2013. UMVF – Université Médicale Virtuelle Francophone.

[8] M. Graber, A. Glacet-Bernard, C. Fardeau, N. Massamba, M. Atassi O. Rostaqui, F. Coscas, P. Le Hoang et E.H. Souied . Comparaison de la prise en charge précoce des occlusions de la veine central de la rétine par ranibizumab et /ou hémodilution JFO 2015- vol 38 : 815

[9] Hayreh SS, Podhajsky PA, Zimmerman MB, Natural history of visual outcome in central retinal vein occlusion. *ophtahalmology*, 2011 - Elsevier, 33 : 118-119

Pour citer cet article

G Saye, A Guindo, F Kounandji, M Abass, M Coulibaly, M Sissoko et al. Occlusions veineuses rétinienne au CHU IOTA. *Jaccr Africa* 2020; 4(1): 343-346