



Occlusion de branche veineuse compliquée d'une hémorragie du vitré retardée : prise en charge au long cours

Mounir Benzerroug

Nous rapportons le cas d'une patiente de 45 ans adressée à notre centre pour la prise en charge d'une occlusion de branche veineuse. Au cours de son suivi au long cours (10 ans), elle présente une conversion ischémique compliquée d'une hémorragie du vitré malgré une prise en charge thérapeutique adaptée.

Observation

La patiente de 45 ans, active et sans antécédents, est adressée dans notre centre pour la prise en charge d'une occlusion de branche veineuse temporale supérieure de l'œil droit. Le bilan initial réalisé ne montre pas d'argument en faveur d'une étiologie systémique.

L'examen ophtalmologique réalisé en avril 2010 retrouve une acuité visuelle à 1/10 P14. L'examen du segment antérieur est sans particularités, la patiente est phaque. Au fond d'œil, on observe une tortuosité vasculaire temporale supérieure, caractéristique d'un croisement artérioveineux pathologique. On note la présence de multiples hémorragies rétiniennes en flammèches et en taches en regard dans le quadrant temporal supérieur. Par ailleurs, un œdème maculaire cystoïde (OMC) associé à un décollement séreux rétinien est observé à l'OCT (figure 1). L'épaisseur centrale maculaire est évaluée à 553 µm.

Un traitement par injections intravitréennes (IVT) d'anti-VEGF est débuté selon un protocole *Pro Re Nata* d'avril 2010 à juin 2011. La patiente bénéficie de sept IVT de bévacizumab (Avastin®). Son acuité visuelle (AV) s'améliore progressivement à 3/10 P5, associée à une diminution progressive de son OMC. Cependant, une progression de l'ischémie rétinienne périphérique est observée. Une néovascularisation pré-rétinienne se développe en regard de l'arcade temporale supérieure. Une photocoagulation rétinienne périphérique est alors réalisée dans le quadrant temporal supérieur, guidée par les clichés angiographiques de la périphérie rétinienne. Une photocoagula-



Figure 1. Volumineux OMC associé à un décollement séreux rétinien constaté en OCT lors de l'examen initial du patient.



Figure 2. Cliché d'angiographie à la fluorescéine aux temps intermédiaires. Visualisation de 2 bouquets néovasculaires pré-rétiniens en regard de l'arcade temporale supérieure.

Centre Rétine Anjou, clinique de l'Anjou, Angers

Clinique

tion focale des zones d'ischémie maculaire est aussi appliquée (figure 2). En octobre 2011, l'AV est stabilisée à 4/10 P5. La patiente ne présente plus d'OMC. L'angiographie de contrôle retrouve une régression partielle des bouquets néovasculaires pré-rétiniens en regard de l'arcade temporale supérieure (figure 3). Nous décidons de réaliser une surveillance trimestrielle du fond d'œil.

Une baisse d'AV est de nouveau observée en novembre 2012, due à une récurrence de l'OMC. L'AV de l'œil droit est à 2,5/10 P8. En accord avec la patiente, nous décidons de



▲ Figure 3.

Cliché d'angiographie à la fluorescéine aux temps intermédiaires. Diminution de la surface des néovaisseaux pré-rétiniens.

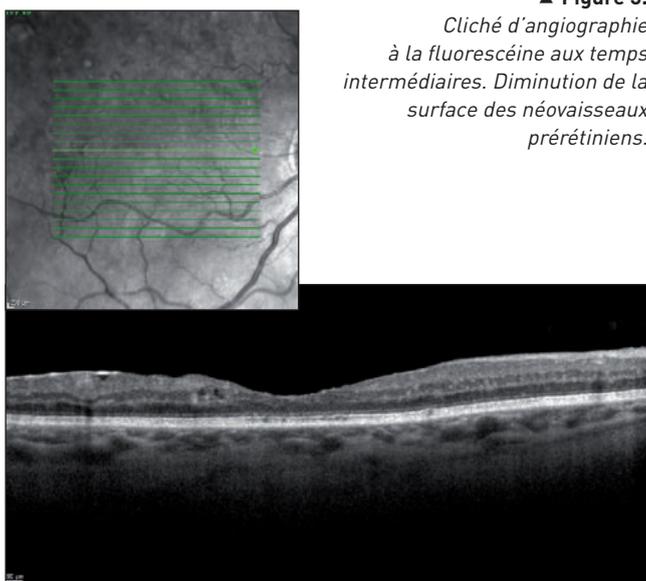


Figure 4. Cliché en OCT à J7 de la première IVT d'Ozurdex®. Régression complète de l'OMC.

réaliser un changement de thérapeutique. Une première IVT d'implant de dexaméthasone (Ozurdex®) est alors planifiée. Le contrôle au septième jour de l'injection retrouve une bonne tolérance de l'implant et surtout une amélioration de l'AV à 4/10 P5, avec une régression complète de l'OM (figure 4). La patiente est satisfaite de cette récupération visuelle.

Au cours de son suivi, elle présente de nouvelles récurrences de son OM à 4 mois de la dernière IVT d'Ozurdex®. Au total, elle bénéficie de 8 IVT d'implant de dexaméthasone de novembre 2012 à juin 2015, avec la même efficacité anatomique et fonctionnelle ainsi qu'une bonne tolérance locale. Une chirurgie de la cataracte de l'œil droit est réalisée après la troisième IVT d'Ozurdex®.

Cependant, à 6 mois de sa dernière IVT, elle se présente en urgence au Centre Rétine Anjou pour une baisse d'AV brutale de l'œil droit en rapport avec une hémorragie du vitré. L'AV est alors limitée à « compte les doigts de la main à 1 mètre ». Une vitrectomie à visée optique, associée à une résection des bouquets néovasculaires pré-rétiniens, est programmée. Une densification de la photocoagulation rétinienne est réalisée en peropératoire et une nouvelle IVT d'un implant de dexaméthasone est planifiée en postopératoire. Le contrôle réalisé à 1 mois de cette injection retrouve une amélioration de l'AV à 2/10 P6. Au fond d'œil, on note une régression complète de l'OMC et des néovaisseaux pré-rétiniens (figure 5).

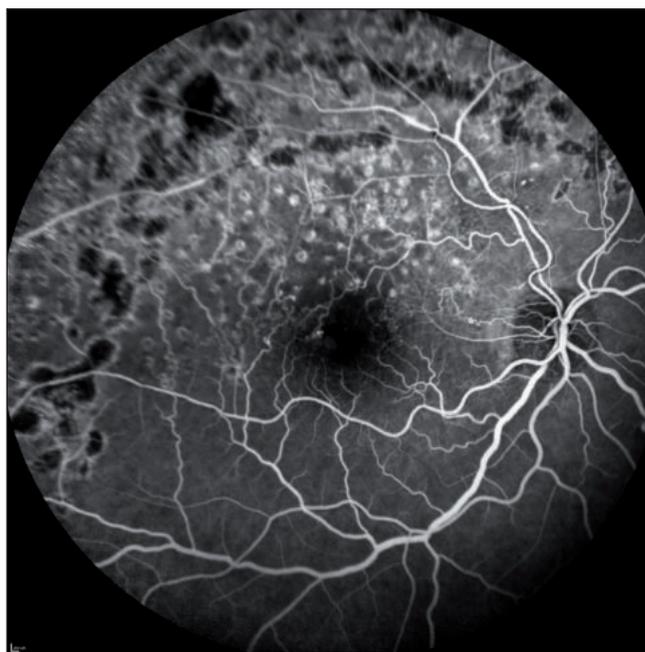


Figure 5. Cliché d'angiographie à la fluorescéine aux temps intermédiaires réalisé en postopératoire de la vitrectomie. Régression de la néovascularisation pré-rétinienne.

Discussion

L'implant de dexaméthasone (Ozurdex®) constitue une alternative thérapeutique intéressante dans la prise en charge des OMC secondaires aux occlusions veineuses rétiniennes [1].

Son indication reste guidée par le contexte clinique. En effet, l'usage des corticostéroïdes peut être associé à une augmentation transitoire de la tension oculaire. Celle-ci peut commencer dès le huitième jour et s'étendre jusqu'au troisième mois, et cela de façon prédictible dès les premières injections. L'apparition d'une cataracte après la première année de traitement reste inévitable [2,3].

En dehors de ces 2 événements indésirables, la tolérance de ce traitement est le plus souvent bonne. Une réponse anatomique et fonctionnelle rapide et prolongée est observée dès les premiers jours de l'injection. L'effet du traitement est prolongé jusqu'à 4 mois, permettant ainsi d'espacer le suivi des patients et d'améliorer leur adhésion à la prise en charge de leur pathologie chronique [1].

Le traitement d'un OMC par implant de dexaméthasone est possible au long cours. Notre cas clinique illustre bien cela, avec un recul de plus de 8 années. Il ne peut se faire

qu'en associant une surveillance clinique rigoureuse à l'adhésion totale du patient.

Dans notre cas, la réalisation d'un changement de thérapeutique dans la prise en charge du patient a été justifiée par l'absence de contre-indications à l'utilisation de l'implant de dexaméthasone, mais aussi par la demande formulée du patient d'espacer son suivi.

L'incidence d'une hémorragie du vitré dans le cadre d'une occlusion de branche veineuse reste rare. Sa survenue est liée à la fois à une progression de l'ischémie rétinienne secondaire à l'occlusion et à la survenue d'un décollement de la hyaloïde postérieure [4]. Dans notre cas, la réalisation d'une photocoagulation rétinienne guidée par angiographie a réduit la surface des néovaisseaux pré-rétiens (*figure 3*) sans permettre leur régression complète.

Conclusion

Le recours à l'implant de dexaméthasone constitue, en l'absence de contre-indications, une bonne alternative à la prise en charge au long cours des OM chroniques. Dans le cadre des occlusions veineuses rétiniennes, la surveillance rigoureuse d'une éventuelle conversion ischémique reste fondamentale.

Références bibliographiques

- [1] Haller JA, Bandello F, Belfort R Jr *et al.* Dexamethasone intravitreal implant in patients with macular edema related to branch or central retinal vein occlusion twelve-month study results. *Ophthalmology*. 2011;118(12):2453-60.
- [2] Kiddee W, Trope GE, Sheng L *et al.* Intraocular pressure monitoring post intravitreal steroids: a systematic review. *Surv Ophthalmol*. 2013;58(4):291-310.

- [3] Malclès A, Dot C, Voirin N *et al.* Safety of intravitreal dexamethasone implant (Ozurdex): The SAFODEX study. Incidence and Risk Factors of Ocular Hypertension. *Retina*. 2017;37(7):1352-9.
- [4] Panjaphongse R, Stewart JM. Vitreomacular traction after dexamethasone intravitreal implant (ozurdex) injection: the effect of anomalous posterior vitreous detachment. *Retin Cases Brief Rep*. 2016; 10(1):55-7.