

Hémorragie rétro-hyaloïdienne compliquant un macroanévrisme artériel rétinien : traitement par hyalodotomie au laser YAG

Louis Lhuillier¹, Jean-Baptiste Conart²

Une patiente de 48 ans sans antécédent consulte en urgence pour une baisse d'acuité brutale profonde de l'œil gauche après une sensation de malaise sans perte de connaissance.

L'acuité visuelle est mesurée à 10/10 à droite et limitée au décompte des doigts à 50 cm à gauche.

L'examen du fond d'œil à gauche (figure 1A) met en évidence une hémorragie prémaculaire, rétro-hyaloïdienne étendue, en « nid de pigeon », développée aux dépens d'un macroanévrisme artériel temporal supérieur. L'OCT maculaire (figure 1B) confirme la localisation rétro-hyaloïdienne de l'hématome.

La tension artérielle est mesurée immédiatement en consultation afin de ne pas méconnaître un pic hypertensif nécessitant une prise en charge urgente.

Une surveillance est décidée dans un premier temps et la patiente est réadressée à son médecin traitant pour un bilan devant la constatation d'une tension artérielle à 160/80 mmHg. À 7 jours, aucune amélioration n'est constatée.

Traitement

Une hyaloïdotomie postérieure par photodisruption au laser YAG est réalisée : la puissance du laser est progressivement augmentée de 3 à 8 mJ, avec une focalisation parfaite sur la hyaloïde postérieure en utilisant la lentille centrale d'un verre à 3 miroirs ; l'impact est placé en inférieur de l'hématome, à distance du site présumé de fovéa (2 diamètres papillaires en dehors du bord temporal de la papille) et en un site où l'hématome est épais.

La dispersion de l'hématome au sein de la cavité vitréenne est immédiate et quasi complète, comme l'indique le fond d'œil réalisé immédiatement après le laser YAG (figure 2A). L'OCT confirme l'efficacité de la hyaloïdotomie en montrant nettement l'ouverture de la hyaloïde postérieure, et révèle un profil fovéolaire normal (figure 2B).

L'acuité visuelle à une semaine est restaurée à 8/10 P2. Une semaine après le laser, l'OCT image nettement l'enroulement de la hyaloïde postérieure autour du point d'impact (figure 3).

1. Service d'ophtalmologie, CHR de Metz, hôpital de Mercy. Interne, X^e semestre 2. CHRU de Nancy

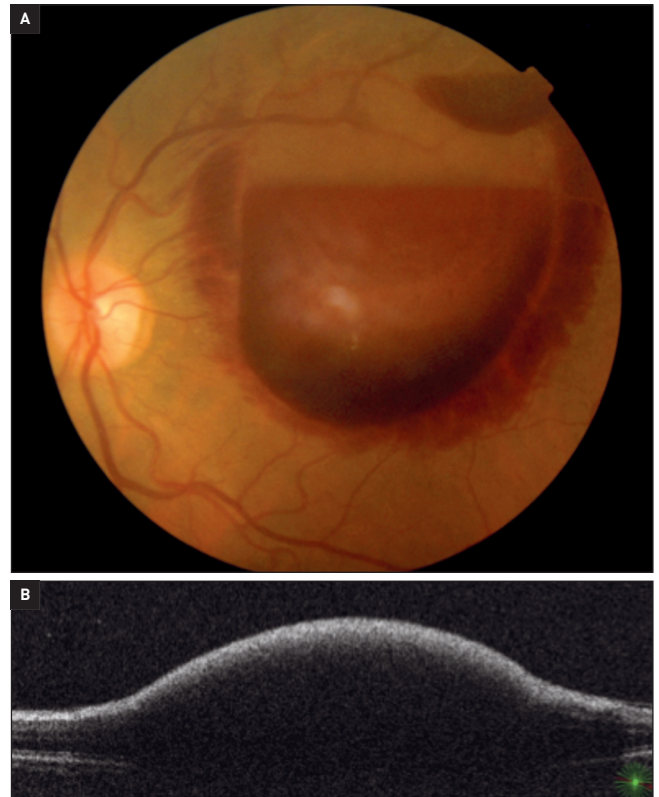


Figure 1. A. Fond d'œil gauche : hématome rétro-hyaloïdien prémaculaire suspendu. B. OCT coupe verticale : hyperréflexivité rétro-hyaloïdienne. Atténuation postérieure du signal masquant l'analyse de la rétine.

Discussion

Les macroanévrismes artériels rétiens touchent préférentiellement les femmes âgées de plus de 60 ans et sont associés à une hypertension artérielle dans 75% des cas. Ils sont en règle unilatéraux (80%), uniques (90%), et développés le plus souvent aux dépens d'une artère temporale avant la troisième bifurcation [1]. Ils peuvent rester asymptomatiques ou être révélés par 2 grands types de complications : des hémorragies aiguës multi-étagées lors de la rupture (intravitréenne, rétro-hyaloïdienne, rétro-limitante interne et sous-rétinienne) ; des phénomènes exsudatifs chroniques avec l'apparition d'exsudats circinés au fond d'œil.



Figure 2. A. Fond d'œil gauche : dispersion rapide et coulée gravitationnelle de l'hématome immédiatement après la hyaloïdotomie.

Le diagnostic est ici facile car le macroanévrisme est clairement identifiable au fond d'œil. Pour les cas moins évidents, les antécédents, l'étude du fond d'œil adelphe, l'angiographie fluoréscéinique et au vert d'indocyanine ainsi que l'échographie mode B permettent d'éliminer les principaux diagnostics différentiels : néovascularisation choroïdienne (DMLA, myopie forte, etc.), rétinopathie de Valsalva, vasculopathie polypoïdale choroïdienne, rétinopathie diabétique, mélanome choroïdien.

Le premier axe du traitement à ne pas négliger consiste en la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires et au contrôle strict de la tension artérielle. Le macroanévrisme est souvent spontanément occlus après l'hémorragie ; dans les autres cas, une photocoagulation directe au laser argon peut être réalisée.

Concernant l'hématome rétro-hyaloïdien, la résorption spontanée en plusieurs mois est la règle. La photodisruption au laser YAG permet une réhabilitation visuelle très rapide mais ne modifie pas l'acuité visuelle finale. La procédure nécessite une focalisation parfaite sur la hyaloïde postérieure qui peut être délicate à obtenir en cas de troubles des milieux associés (cataracte). Un impact laser trop postérieur peut se compliquer d'un trou maculaire ou d'une membrane épirétinienne si la limitante interne est atteinte [2].

Dans une série de 21 patients, Ulbig *et al.* préconisent de réserver l'utilisation du laser YAG aux hématomes récents, d'une taille supérieure à 3 diamètres papillaires et sans hémorragie sous-rétinienne associée [2].

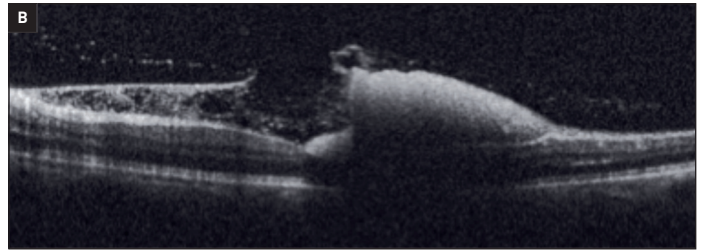


Figure 2. B. OCT coupe verticale : ouverture visible de la hyaloïde postérieure. Le profil fovéolaire est aperçu. Noter le résidu d'hématome rétro-hyaloïdien inférieur.

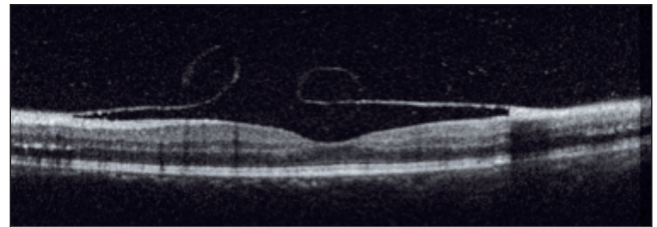


Figure 3. OCT 1 semaine après laser YAG : enroulement des berges de la hyaloïde postérieure en regard du point d'impact du laser YAG.

Conclusion

Pour notre patiente jeune aux milieux parfaitement transparents, la réalisation du laser YAG est aisée et permet une réhabilitation visuelle quasi immédiate. Le suivi à 1 semaine montre l'intégrité de la rétine sous-jacente.

Points forts

- Hémorragie rétro-hyaloïdienne par rupture d'un macroanévrisme artériel rétinien.
- La hyaloïdotomie postérieure au laser YAG permet une réhabilitation visuelle rapide.
- La morbi-mortalité vasculaire de ces patients est élevée, une prise en charge générale cardiovasculaire est indispensable.

Références bibliographiques

- [1] Richard G, Soubrane G. Macroanévrismes rétinien, Atlas d'angiographie en fluorescence. Paris : Masson, 1991.
- [2] Ulbig MW, Mangouritsas G, Rothbacher HH *et al.* Long-term results after drainage of premacular subhyaloid hemorrhage into the vitreous with a pulsed Nd: YAG laser. Arch Ophthalmol. 1998; 116(11):1465-9.