

Importante hémorragie rétro hyaloïdienne spontanée traitée par laser Nd-Yag : à propos d'un cas

Y.Bennouk, R.Zerouk, Y.Hanafi, A.Elkhoyaali, M.Kriet, K.Redda, A.Oubaaz.

Service d'ophtalmologie Hôpital militaire Mohamed V

Université Mohammed V Rabat - Faculté de Médecine et de Pharmacie

Résumé

Introduction : Les hémorragies rétrohyaloïdiennes sont le plus souvent des complications de pathologies vasculaires rétinienne. Nous présentons le cas d'une femme de 34 ans qui a présenté une importante hémorragie rétrohyaloïdienne spontanée de l'œil gauche.

Le traitement de cette hémorragie a fait appel à une hyaloïdotomie postérieure au laser Nd-yag, avec une résorption complète de l'hémorragie et une restitution de la fonction visuelle chez notre patiente.

À travers cette observation clinique on discute la technique et l'indication du traitement par le laser Nd-yag devant cette pathologie rare.

Mots-clés : hémorragie rétro hyaloïdienne, laser-yag

Les hémorragies rétrohyaloïdiennes appelées aussi hémorragies prérétiniennes sont des collections de sang souvent localisées dans l'espace situé entre la hyaloïdepostérieure et la membrane limitante interne (MLI) (1). Elles se situent plus rarement entre la MLI et la couche des fibresnerveusesrétiennes(2).

L'hémorragie prérétinienne peut compliquer plusieurs pathologies oculaires et générales: rétinopathie diabétique proliférante, macro-anévrismes artériels rétiens ou plus rarement, rétinopathie de Valsalva, hémopathies, macro-anévrismes rétiens veineux, occlusions de branche veineuse, ou encore être d'origine post-traumatique. Mais, elle est rarement spontanée, surtout si elle est de grande importance.

Nous rapportons le cas d'une jeune patiente admise dans notre service pour une importante hémorragie prémaculaire de l'œil gauche d'installation brutale.

Observation clinique

Elle s'agit d'une jeune patiente âgée de 34 ans qui consulte en urgence pour une baisse d'acuité visuelle, avec un scotome central de l'œil gauche d'apparition brutale.

L'interrogatoire ne relève aucun antécédent médical, ni aucune notion d'effort de poussée récent (manœuvre de Valsava), ni de prise d'anticoagulants oraux, ni d'antiinflammatoires non stéroïdiens, ni de pathologie de l'hémostase préexistante, et sans notion de traumatisme oculaire.

L'examen à la lampe à fente du segment antérieur est sans signes particuliers, alors que l'examen du fond œil objective une hémorragie pré-maculaire très importante obturant l'axe optique (Figure1).

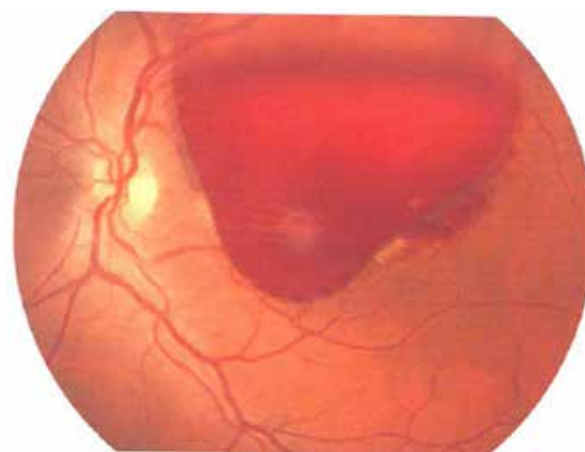


Figure 1. Rétino-photo de l'œil gauche montrant une hémorragie rétrohyaloïdienne obturant l'axe optique.

L'angiographie à la fluorescéine est demandée pour compléter l'examen ophtalmologique pour but d'éliminer une cause vasculaire ou néo-vasculaire rétinienne (Figure2).

Le bilan biologique : hémogramme, glycémie, TP, TCA est demandé pour éliminer une cause systémique, est revenu normal.

Devant la non résorption spontanée de l'hémorragie après 3 semaines de surveillance la patiente est traitée par membranotomie au laser Nd-Yag ; après administration d'un anesthésique topique par chlorhydrate d'oxybuprocaine et dilatation pupillaire par tropicamide 1%. Un verre de contact type verre

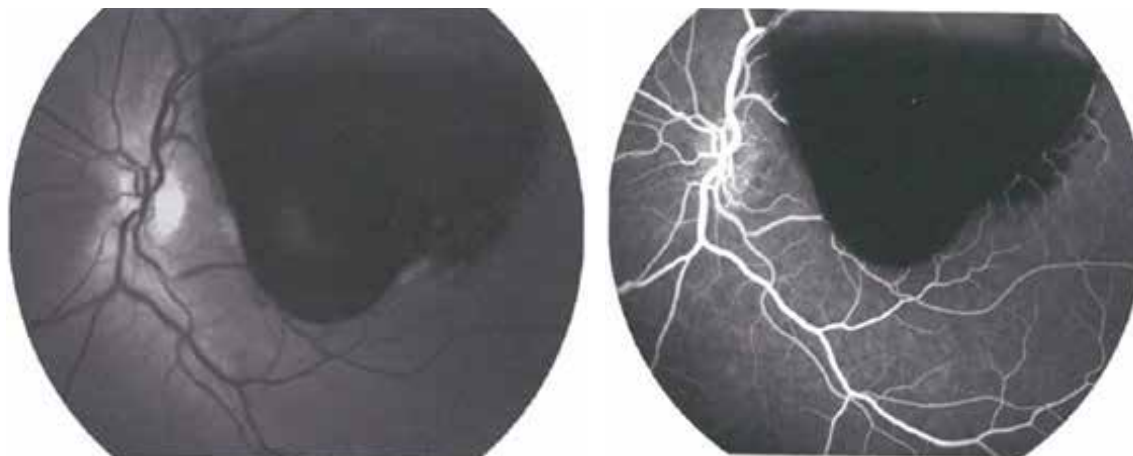


Figure 2. Angiographie à la fluorescéine montre l'effet masque de l'hémorragie prémaculaire.

à trois miroirs de Goldmann a été utilisé pour visualiser le fond d'œil.

Le laser Nd-Yag est réalisé en zone inféro-lésionnelle (zone bombée de la collection sanguine) et loin de la fovéa. 4 impacts de 5 m joules de puissance focalisés sur la membrane hyaloïde postérieure étaient suffisants pour réaliser une membranotomie qui a permis l'évacuation totale de l'hémorragie dans le vitré (Figure3).

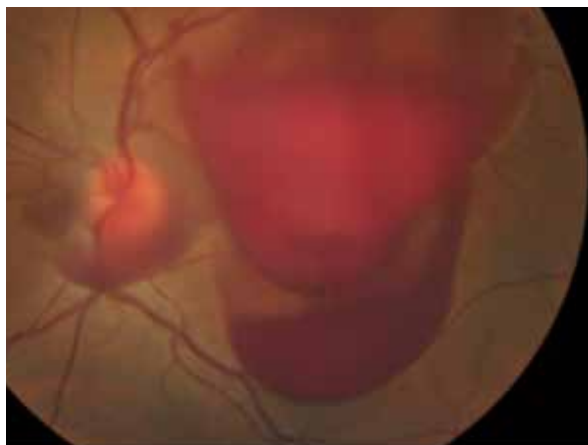


Figure 3. Rétinographie de l'OG montrant l'évacuation immédiate de l'hémorragie rétro hyaloïdienne dans le vitré après laser Yag.



Figure 4. Rétinographie à J7 après laser Yag qui montre la résorption totale de l'hémorragie.

Les suites post laser étaient bonnes et la patiente est mise au repos avec positionnement semi-assis nocturne ; un traitement topique à base d'anti-inflammatoire non stéroïdien à raison de 3 gouttes par jour avec boisson abondante ont été recommandés à la patiente.

Le contrôle à J7 a montré une disparition totale de l'hémorragie rétrohyaloïdienne (Figure4), avec récupération de l'acuité visuelle de loin à 10/10 avec une correction de -0,75 et une bonne vision de près P2 sans métamorphopsie ni myodésopie.

Discussion

L'incidence des hémorragies spontanées dans la cavité hyaloïdienne est de 7 pour 100000 habitants/an selon divers travaux (3), alors qu'elle est fréquemment associée par ordre de fréquence à : une rétinopathie diabétique (32%), une déchirure rétinienne (30%), une néovascularisation suite à une thrombose veineuse (11%) et le décollement postérieur du vitré (8%), et plus rarement secondaires à une manœuvre de Valsalva, macro-anévrismes artériels ou veineux rétinien ou être d'origine traumatique (4,5). Cependant ces chiffres sont estimés en-dessous de la réalité car ils ne tiennent pas compte des cas asymptomatiques (hémorragie n'obturant pas l'axe visuel) (5).

Les questions qui se posent devant ces hémorragies prémaculaires sont *quand traiter, quelle hémorragie traitée et comment traité ?*

En effet certains auteurs sont pour un traitement précoce dès les premiers 24h et ayant comme arguments, le coût engendré par la perte de productivité professionnelle, le suivi clinique et les éventuelles thérapeutiques secondaires, ainsi que l'abstention initiale expose à un risque de fibrose prérétinienne secondaire et risque de non récupération fonctionnelle à cause de la toxicité rétinienne par les produits de dégradations (hé-



mosidérine, bilirubine, électrolytes..) et par les phénomènes compressifs locaux générés par la collection hématique sur les fibres nerveuses surtout pour les hémorragie localisée sous la MLI.

La hyaloidotomie postérieure au laser Nd Yag constitue une bonne alternative thérapeutique qui n'expose pas à certaines complications d'autres thérapeutiques, notamment la vitrectomie postérieure et qui expose alors ces patients jeunes à des complications potentiellement graves ou invalidantes (cataracte, décollement de rétine, endophtalmie...), et en plus la membranotomie au laser est une technique efficace, sûre et peu coûteuse et avec presque pas d'effets secondaires rapporter dans la littérature jusqu'à présent (trou maculaire, membrane épimaculaire)(6).

Le risque d'échec du traitement laser peut être plus grand si on diffère assez longtemps la prise en charge, du fait du cailloutage de l'hématome nécessitant le recours à des thérapeutiques plus lourdes.

Alors que d'autres sont pour une attitude attentiste, surveillance d'ou moins 3 semaines avant de traiter (le cas de notre patiente), car l'évolution est favorable dans la majorité de cas, et la récupération de l'acuité visuelle est liée à la résorption spontanée de l'hémorragie même en cas d'atteinte maculaire car celle-ci est prérétinienne et non sous-rétinienne, et donc pas de risque de toxicité rétinienne par les produits de dégradations de l'hémoglobine (4).

Ainsi ce qui est recommandé (3,6) :

- C'est qu'on traite que les hémorragies qui dépassent 3 diamètres papillaire et atteignant la fovéa.
- Il faut utiliser le laser avec certaines règles de sécurité, bien focaliser l'impact sur la hyaloïde postérieure en utilisant peu d'impacts, augmentant graduellement la puissance de l'impact jusqu'à perforation de la membrane sans dépasser 9mJ, et repos relatif en semi-assis dans les suites afin de permettre une vidange rapide dans la cavité vitréenne en position déclive, et de réduire les risques de re-saignement.
- L'indication du traitement par laser doit tenir compte :
 - ❖ De la pathologie causale sous-jacente (rétinopathie diabétique, occlusions veineuses rétinienne) qui exposeront à un risque de rétraction secondaire de la MLI et de récurrence hémorragique.
 - ❖ Des comorbidités ophtalmiques comme une myopie forte qui exposera à un risque de déchirure rétinienne et de décollement de rétine supérieur

Conclusion

Afin d'établir un traitement codifié et de référence par membranotomie par laser Nd-Yag ou Argon de l'hémorragie prémaculaire, il faut des études prospective et randomisée sur des séries plus importantes ce qui est difficile vu la rareté de cette pathologie.

Références

- (1) M.H. Errera, P.O. Barale, A. Danan-Husson, J.A. Sahel, J.F. Girmens. Deux cas d'hémorragies prérétiniennes. Images en Ophtalmologie • Vol. I • n° 1 • octobre-novembre-décembre 2007.
- (2) CH. Meyer, S. Mennel, EB. Rodrigues, JC. Schmidt. Persistent pre-macular cavity after membranotomy in Valsalva retinopathy evident by optical coherence tomography. Retina 2006;26(1):116-8.
- (3) B. Guigon-Souquet, N. Salaun, R. Macarez, S. Bajin, E. de la Mar-nierre, M. Msdou. Hémorragie rétrohyaloïdienne secondaire à une manœuvre de Valsalva. J.Fr. ophtalmo. 2004; 27,10,1159-1162.
- (4) M.H. Errera, P.O. Barale, A. Danan-Husson, J.A. Sahel, J.F. Girmens. Deux cas d'hémorragies prérétiniennes. Images en Ophtalmologie • Vol. I • n° 1 • octobre-novembre-décembre 2007
- (5) Spraul CW, Grossniklaus HE. Vitreous hemorrhage. Surv Ophthalmol, 1997; 42: 3-39.
- (6) F. Matonti, V. Donadieu, L. Hoffart, A. Dornadin, S. Nadeau, S. Roux, D. Denis. Traitement précoce par laser Nd-Yag de la rétinopathie de Valsalva: résultats à propos de cinq cas et revue de la littérature. J.Fr. Ophtalmol. 2013; 36, 604-609.