Eléments clés du diagnostic d'une occlusion de la veine centrale de la rétine

→ **M. PAQUES**
Service d'Ophtalmologie, Fondation Rothschild, PARIS.

Terrain

> Peut se voir entre 15 et 99 ans, un peu plus chez les hommes que les femmes.

> Souvent sans aucun "facteur de risque" (qui sont classiquement l'HTA et le glaucome).

Diagnostic positif

> Baisse d'acuité visuelle indolore, parfois brutale, le plus souvent le matin au réveil. Une BAV brutale n'élimine pas le diagnostic.

> Unilatérale ; une "OVCR bilatérale d'emblée" est le plus souvent une erreur de diagnostic, *cf. infra*.

> Le segment antérieur est sans particularité. Attention à rechercher avant toute dilatation pupillaire une vasodilatation de l'iris (intérêt en particulier d'examiner soigneusement la collerette irienne), voire une rubéose irienne débutante. Au moindre doute, faire une gonioscopie. Il ne faut cependant pas confondre les néovaisseaux iriens avec le cercle artériel de l'iris, qui peut être très saillant chez certains sujets.

> Le fond d'œil montre les deux signes cardinaux : dilatation (et concomitamment tortuosité) des veines dans les 4 quadrants, **et** hémorragies rétiniennes. La dilatation veineuse, si elle est minime, bénéficiera d'un examen comparatif avec l'autre œil. Les hémorragies sont parfois minimes, à rechercher éventuellement en extrême périphérie rétinienne. Elles sont typiquement échelonnées le long des veines.

Variantes

Les formes cliniques sont nombreuses.

> L'œdème maculaire est quasi constant, car c'est cette complication qui amène le patient à consulter.

> Citons aussi la présence d'hémorragies en flaque, d'œdème papillaire, de nodules cotonneux disséminés, d'opacification périveinulaire (blanc périveinulaire), ainsi que les hémi-occlusions veineuses.

Pièges diagnostiques

> Une occlusion ciliorétinienne peut être au premier plan de l'affection, égarant le diagnostic vers une affection artérielle primitive. L'occlusion isolée d'une artère ciliorétinienne est cependant rare. Il faut savoir rechercher soigneusement des fines hémorragies périphériques et comparer les diamètres des veines entre les deux yeux pour rétablir le diagnostic vers une OVCR.

Repères pratiques
Rétine

> Une rétinopathie hypertensive peut ressembler à une OVCR, mais la dilatation veineuse est minime, voire absente, en tout cas contraste avec les signes d'exsudation qui sont importants ici. La bilatéralité est cependant le signe le plus important : une OVCR simultanément bilatérale est très exceptionnelle.

> La rétinopathie diabétique sévère est là encore bilatérale.

> Les malformations artérioveineuses cérébrales peuvent entraîner une OVCR. Une vasodilatation conjonctivale, une exophtalmie, une hypertonie oculaire redresseront le diagnostic.

Examens complémentaires

Des photographies du fond d'œil aideront à suivre l'évolution. L'intérêt de l'angiographie à la fluorescéine est discuté. Elle n'a cependant pas d'intérêt pour le diagnostic. Pour certains, elle est utile pour prendre une décision de photocoagulation panrétinienne si elle montre des zones de non perfusion étendues.

Signes de gravité

> Un âge élevé et/ou un diabète.

> Une baisse d'acuité visuelle à "voit bouger la main".

> Un infarcissement blanc de la macula.

> Des nodules cotonneux disséminés. La présence de nodules cotonneux le long des veines temporales n'est cependant pas un signe de gravité ; cela est lié à la dilatation veineuse brutale ayant déformé le trajet des fibres optiques de voisinage.

> Des hémorragies profuses (couvrant plus de la moitié de la surface de la rétine).

> Et bien sûr des néovaisseaux prérétiniens ou iriens.

L'un de ces signes justifiera une surveillance renforcée.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.