

10. HADDAD B, DESVAUX D, LIVINGSTON JC *et al.* Failure of serum b2-microglobulin levels as an early marker of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*, 2000; 182: 595-598.
11. DUCKITT K, HARRINGTON D. Risk factors for preeclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ*, 2005; 330: 565.
12. FASTENBERG DM, FETKENHOUR CL, CHOROMOKOS E *et al.* Choroidal vascular changes in toxemia of pregnancy. *Am J Ophthalmol*, 1980; 89: 362-368.
13. TSO MO, JAMPOL LM. Pathophysiology of hypertensive retinopathy. *Ophthalmology*, 1982; 89: 1132-1145.
14. JAFFE G, SCHATZ H. Ocular manifestations of preeclampsia. *Am J Ophthalmol*, 1987; 103: 309-315.
15. SAITO Y, TANO Y. Retinal pigment epithelial lesions associated with choroidal ischemia in preeclampsia. *Retina (Philadelphia, Pa)*, 1998; 18: 103-108.
16. THEODOSSIASIS PG, KOLLIA AK, GOGAS P *et al.* Retinal disorders in preeclampsia studied with optical coherence tomography. *Am J Ophthalmol*, 2002; 133: 707-709.
17. A GAUDRIC, M BINAGHI, G COSCAS. Acute choriocapillaris occlusion and Elschnig's spots during a toxemia of pregnancy. *J Fr Ophthalmol*, 1981; 4: 223-229.

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

HTA maligne

S. MILAZZO

Clinique Ophtalmologique Saint-Victor, AMIENS.

Définition

- TA > 200/130 mmHg
- Rétinopathie hypertensive stade III ou IV
- Une ou plusieurs autres atteintes viscérales

1. La classification de Keith, Wagener et Barker :

- Stade I: rétrécissement artériel
- Stade II: signes de croisement artérioveineux, tortuosité des veines
- Stade III: calibre irrégulier et rétréci des artères; hémorragies rétinienne et exsudats
- Stade IV: stade III + OP (*fig. 1*)



FIG. 1: HTA maligne compliquée de rétinopathie hypertensive de stade IV chez un homme de 32 ans: œdème papillaire, nodules dysoriques et étoile maculaire d'exsudats circonférentiels (cliché dû à l'obligeance du Dr M. Benzerroug).

2. Prévalence des signes biocliniques (%)

- Rétinopathie stade III ou IV: 100
- Insuffisance rénale (créatininémie > 115 mol/L): 70-100
- Hypertrophie ventriculaire gauche: 80-90
- Insuffisance cardiaque: 20-40
- Encéphalopathie hypertensive; accidents vasculaires cérébraux ischémiques ou hémorragiques: 15-30.
- Anémie hémolytique microangiopathique: 30-50.

Traitement

- But: ramener en 1 à 6 heures la pression artérielle
 - vers 160-170 mmHg pour la systolique,
 - vers 100 mmHg pour la diastolique.
- IV: nicardipine (Loxen®): 1 mg puis 2-10 mg/h
ou labétalol (Trandate®): 1 mg/kg puis 0,5-1 mg/min

- La moyenne de survie des patients traités en service spécialisé est de 18 ans (Dellacrocce JJ, 2008; Beckett N, 2012).

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

Sécheresse, blépharites et bouchons lacrymaux

S. DOAN

Praticien Hospitalier,
Hôpital Bichat,
Fondation A. de Rothschild,
PARIS.

Les bouchons lacrymaux représentent un moyen thérapeutique intéressant dans les sécheresses oculaires. Ils permettent d'obtenir les méats ou les canalicules lacrymaux, retenant ainsi les larmes sur la surface oculaire. Nous discuterons ici de leurs indications, des modalités de traitement et de leurs complications potentielles.

Les bouchons lacrymaux sont-ils efficaces ?

Selon les études, les bouchons sont efficaces :

- dans 75 à 86 % des cas sur les symptômes de sécheresse ;
- ils améliorent également kératite, prise de colorant cornéocconjunctival, BUT, et nombre de cellules à mucus conjonctivales ;
- ils diminuent aussi les traitements associés.

Cependant, cette efficacité reste inconstante, sans facteur prédictif.

Sont-ils indiqués pour toutes les sécheresses ?

- Dans une sécheresse hypoproductive isolée → OUI
- Dans une sécheresse hyperévaporative → ATTENTION
 - Attention aux blépharites
 - Attention si larmoiement
 - Attention si Gougerot-Sjögren avec blépharite