

REPÈRES PRATIQUES

Rétine

Prise en charge d'une occlusion artérielle rétinienne



→ **M. PAQUES**
Service
d'Ophtalmologie,
Hôpital des Quinze-
Vingts, PARIS

L'occlusion de l'artère centrale de la rétine (OACR) doit être considérée comme l'équivalent d'un accident vasculaire cérébral (AVC), et donc, le principe du bilan est similaire. Par contre, en ce qui concerne le traitement, contrairement aux AVC, la thrombolyse et la prise en charge type "stroke center" n'ont pas fait leurs preuves dans cette indication.

La prise en charge d'une OACR a pour but d'identifier une cause emboligène et de prévenir les complications oculaires. Il n'y a pas de consensus sur la thérapeutique.

Identifier une cause

En présence d'une OACR, les causes les plus fréquentes sont cardiaques et carotidiennes ; les causes hématologiques (coagulopathies) sont plutôt le fait des sujets jeunes.

La prise en charge se fera différemment selon que l'accident est récent (moins de 48 heures) ou pas. Si l'OACR date de moins de 48 heures, une cause carotidienne sera recherchée en premier lieu, en raison des indications thérapeutiques potentielles (endartériectomie en urgence en cas de sténose serrée et/ou de thrombus flottant). Un examen neuro-radiologique sera également demandé pour exclure un AVC récent. Un bilan biologique sera effectué (VS, NFS) et un électrocardiogramme (ECG).

Le patient sera hospitalisé en cas de situation hémodynamique instable, potentiellement source d'embolies à répétition : accident

ou aggravation cardiorespiratoire récente, fibrillation auriculaire, prothèse cardiaque, sténose carotidienne de plus de 50 %, etc.

Pour le cœur, une échographie cardiaque (éventuellement, transœsophagienne) et un ECG, éventuellement sur 24 heures, seront effectués rapidement.

En cas de normalité des examens, le patient sortira sous aspirine (et/ou clopidogrel) et d'autres examens seront programmés s'ils n'ont pas déjà été effectués : échographie du cœur transthoracique, Holter ECG, bilan lipidique, et chez le sujet "jeune", bilan de coagulation.

Cas particuliers

>>> Si le patient se plaint de céphalées ou de douleurs du cou avec signe de Claude-Bernard-Horner, une recherche de dissection carotidienne sera entreprise. À l'inverse, chez un sujet de plus de 70 ans, une vitesse de sédimentation en urgence sera préconisée, de rares cas pouvant être dus à une maladie de Horton.

>>> Une artérite inflammatoire (syndrome de Susac) associant signes cochléaires et cérébraux, des embolies de talc (toxico-manie), des micro-embolies de cholestérol, une occlusion sur migraine ophtalmique, etc.

>>> Le rôle de la pilule anti-conceptionnelle comme facteur déclenchant d'une thrombose en dehors de tout terrain prédisposant est possible.

Le traitement est encore très discuté

La thrombolyse des OACR reste affaire de protocoles de recherche clinique. L'extension des indications de thrombolyse dans les AVC fera peut-être revoir cette attitude à l'avenir. Les tentatives de mobilisation des embolies (par ponction de la chambre antérieure, par hypotonie oculaire, etc.) n'ont pas donné de preuves tangibles de résultats. Si un embolus est visible, certains proposent sa destruction transpariétale par laser YAG ou par voie chirurgicale. L'oxygénothérapie hyperbare a ses partisans. La prescription au long cours d'un simple anti-agrégant plaquettaire est le plus souvent effectuée.

REPÈRES PRATIQUES

Rétine

Prévenir les complications oculaires

L'artère centrale de la rétine se reperfuse, dans la majorité des cas, dans les jours ou les semaines suivant l'accident. Cette reperfusion doit être vérifiée dans les 3 à 4 semaines après la survenue de l'OACR, par visualisation d'un pouls artériel lors de l'augmentation de la pression intraoculaire par l'intermédiaire d'un verre de contact. Une angiographie avec des temps de remplissage peut être utile. Si la reperfusion ne se produit pas dans le mois suivant la survenue de l'OACR, il existe un risque élevé de néovascularisation du segment antérieur. Une photocoagulation panrétinienne (PPR) sera donc à effectuer dans ce cas.

Cas particulier des occlusions de la branche artérielle

L'origine est embolique dans, virtuellement, tous les cas. Le bilan doit être identique à celui d'une occlusion du tronc. Il n'y a aucun risque de néovascularisation du segment antérieur.

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