

**Item 221 (ex item 130) :
Rétinopathie hypertensive -
choroïdopathie hypertensive**

EVALUATIONS

2013

Cas clinique : Item 130, Item 187, Item 240

Scénario :

Vous voyez en urgence Mme L 52 ans qui présente une baisse d'acuité visuelle bilatérale rapidement progressive. Vous l'avez vu il y a 3 semaines auparavant, l'examen ophtalmologique avait montré une acuité visuelle de 10/10 sans correction et une presbytie conforme à l'âge pour laquelle vous avez prescrit des verres correcteurs. Elle a comme antécédents de l'asthme traité ponctuellement par du salbutamol et prend en automédication de la dexaméthasone en collyre pour des problèmes d'allergie.

Elle vous dit « qu'elle est très stressée et a souvent mal à la tête en ce moment car elle est en pleine procédure de divorce ».

L'acuité visuelle est de 2/10 inaméliorable à droite et 3/10 inaméliorable à gauche.

Le tonus oculaire et l'examen du segment antérieur sont normaux de façon bilatérale.

Le FO retrouve aux 2 yeux des nodules cotonneux et des exsudats diffus, des hémorragies en tâches prédominant au pôle postérieur, des hémorragies en flammèches péripapillaires, un rétrécissement artériel diffus et un œdème papillaire bilatéral.

QUESTION 1/10 :

Quel est le diagnostic ophtalmologique ? Quel geste simple et de pratique courante en médecine générale pourrait étayer ce diagnostic ?

Réponse attendue :

- Rétinopathie hypertensive stade III bilatérale
- Prise de la tension artérielle

QUESTION 2/10 :

: Finalement, le test que vous avez pratiqué est très positif et ceci vous conforte dans le diagnostic ophtalmologique. Les lésions constatées au FO sont-elles réversibles ? (sans justifier)

Réponse attendue :

OUI

QUESTION 3/10 :

Au cours de la consultation, Mme L se plaint soudainement d'une douleur rétrosternale irradiant en postérieur et migrant vers le bas le long de la colonne vertébrale.

Que craignez vous ?

Réponse attendue :

Une hypertension artérielle maligne compliquée de dissection aortique et de rétinopathie hypertensive.

QUESTION 4/10 :

Votre prise en charge a été bonne mais vous ne la revoyez que quelques années plus tard pour « changer de lunettes », elle prend maintenant comme traitement un antihypertenseur et des anxyolytiques et elle n'a toujours pas arrêté son automédication.

Pouvez vous citer 6 complications oculaires liées à l'HTA ?

Réponse attendue :

- Rétinopathie hypertensive
- Artériosclérose rétinienne
- NOIAA
- OACR
- OVCR
- Choroïdopathie hypertensive

QUESTION 5/10 :

Vous constatez une acuité visuelle corrigée de 8/10 P2 aux 2 yeux, une hypertonie oculaire à 28mmHg à droite et 26mmHg à gauche, le segment antérieur montre une chambre antérieure profonde et calme de façon bilatérale. Quel est le diagnostic ophtalmologique le plus probable et quels sont les 2 éléments de l'examen clinique à rechercher ?

Réponse attendue :

Glaucome chronique à angle ouvert

- Cortisonique
- Bilatéral

car - hypertonie oculaire

- patiente asymptomatique
- chambre antérieure profonde et calme
- prise prolongée de corticoïdes oculaires

Les 2 éléments à rechercher à l'examen clinique :

- Gonioscopie des 2 yeux à la recherche d'un angle irido-cornéen ouvert
- FO des 2 yeux à la recherche d'une excavation papillaire (C/D < 0,3).

QUESTION 6/10 :

Quels sont les 3 examens complémentaires à réaliser et pourquoi ?

Réponse attendue :

- Pachymétrie permettant de mesurer l'épaisseur cornéenne, recherche une fausse hypertonie oculaire et évalue la sévérité de l'hypertonie oculaire. En effet, une cornée épaisse sur estime la valeur du TO et une cornée mince la sous estime.
- Champ Visuel (périmétrie statique ou cinétique) à la recherche d'un scotome (arciforme de Bjerrum) et/ou d'un ressaut nasal.
- OCT papillaire qui permet d'évaluer le déficit en fibres nerveuses

QUESTION 7/10 :

Quel traitement ophtalmologique de première intention proposez-vous?

Réponse attendue :

- Arrêt des corticoïdes locaux
- Traitement médical local :
 - Contre indication aux Béta-bloquants car asthme
 - Analogues des prostaglandines qui augmente l'élimination de l'humeur aqueuse
 - Les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique, les alpha 2 agonistes et les parasymphomimétiques sont moins recommandés en première intention en monothérapie

QUESTION 8/10 :

Elle ne prend pas le traitement prescrit et vous la revoyez en urgence 6 mois après la dernière consultation pour une baisse d'acuité visuelle de l'œil droit. L'examen montre à droite : une acuité visuelle corrigée à 2/10 P6, un tonus oculaire à 28mmHg, le segment antérieur est normal et au FO on observe des veines tortueuses et dilatées de manière diffuse, des hémorragies en flammèche et des nodules cotonneux diffus ainsi qu'un œdème papillaire.

Quel est votre diagnostic ? Pouvez citez 4 facteurs de risque majeurs de cette pathologie.

Réponse attendue :

- Oblitération de la veine centrale de la rétine de l'œil droit (1) probablement de forme oedémateuse (nc) secondaire au glaucome chronique à angle ouvert.
- Les 4 facteurs de risque majeurs de l'OVCR sont :
 - Age avancé
 - FDRCV en général et notamment l'HTA
 - Hypertonie oculaire
 - Troubles de la coagulation

QUESTION 9/10 :

Quel examen ophtalmologique complémentaire réalisez vous et pourquoi ?

Réponse attendue :

- Réalisation d'une angiographie rétinienne à la fluorescéine en l'absence d'allergie sinon faire prémédication afin de réaliser la classification en forme ischémique ou non ischémique (oedémateuse) car le traitement en dépend.

QUESTION 10/10 :

La patiente est perdue de vue et revient une nouvelle fois 3 mois après en urgence pour l'œil droit rouge et douloureux. Quel diagnostic devez vous avoir à l'esprit ?

Réponse attendue :

- Glaucome néovasculaire de l'œil droit dit du 100^{ème} jour secondaire à un passage à une forme ischémique de l'OVCR