

FAITS CLINIQUES

Les décollements postérieurs du vitré hémorragiques : Prise en charge et revue de la littérature

Posterior vitreous hemorrhage: Management and literature review.

Abdelhedi Chiraz*, Zgolli Hsouna, Fekih Olfa, Mekni Manel, Malek Ines, Zghal Imene, Nacef Leila

Service A, Institut Hédi Raies d'Ophtalmologie (Tunis, Tunisie)
Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar, Tunis, Tunisie

Mots-clefs

décollement postérieur du vitré ; hémorragie vitréenne ; déchirure ; vitrectomie.

Résumé

Introduction Le décollement postérieur du vitré (DPV) est une séparation entre le cortex vitréen et la membrane limitante interne. Cette séparation se fait de façon variable selon sa pathogénie et ses circonstances de survenue. Le DPV est généralement asymptomatique ; lorsqu'il est symptomatique, il faut rechercher une déchirure rétinienne.

Observations.

Cas N°1. Jeune adulte âgé de 34ans, qui se présente aux urgences d'ophtalmologie de l'institut Hédi Raies de Tunis (Service A) pour une baisse brutale de vision de l'œil en rapport avec une hémorragie vitréenne (HV) de grande abondance isolée. L'échographie oculaire en mode B a permis de confirmer le diagnostic de DPV incomplet hémorragique. Devant la non résorption de l'HV, une vitrectomie postérieure 23G par la pars plana a été réalisée au bout de 10 jours, une avulsion vasculaire a été mise en évidence en per-opératoire.

Cas N°2. Patient âgé de 57 ans, ayant consulté nos urgences pour une baisse de vision brutale de l'œil droit en rapport à un DPV hémorragique. Dans de la cadre de la surveillance clinique et échographique durant la première semaine, un décollement de rétine de l'œil droit a été diagnostiqué au 10^{ème} jour. La prise en charge était d'opérer le malade sans délais.

Conclusions. Le DPV est une cause fréquente d'hémorragie du vitré. Plusieurs facteurs de risque sont en cause. Tout patient consultant aux urgences pour un DPV hémorragique, nécessite un examen attentif afin d'éliminer une déchirure rétinienne ainsi qu'une surveillance rapprochée.

Keywords

posterior vitreous detachment; vitreous hemorrhage; retinal tear; vitrectomy.

Abstract

Introduction. Posterior vitreous detachment (PVD) is a separation between the vitreous cortex and the internal limiting membrane. This separation occurs variably depending on its pathogenesis and circumstances of occurrence. PVD is generally asymptomatic, but when symptomatic, a retinal tear should be investigated.

Observations.

Case 1. A 34-year-old young adult presented to the emergency department at Hédi Raies Institute of Ophthalmology in Tunis (Department A) with sudden vision loss in one eye due to a significant isolated vitreous hemorrhage (VH). B-mode ocular ultrasound confirmed the diagnosis of incomplete hemorrhagic PVD. As the VH did not resolve, a 23G posterior vitrectomy through the pars plana was performed after 10 days, revealing a vascular avulsion during the surgery.

Case 2. A 57-year-old patient presented to our emergency department with sudden vision loss in the right eye related to an hemorrhagic PVD. During the first week of clinical and ultrasound monitoring, retinal detachment in the right eye was diagnosed on the 10th day. The patient underwent prompt surgical intervention.

Conclusion. PVD is a common cause of vitreous hemorrhage, and several risk factors are involved. Any patient presenting to the emergency department with hemorrhagic PVD requires a careful examination to rule out retinal tears and should be closely monitored.

Introduction

Le décollement postérieur du vitré (DPV) est une séparation entre le cortex vitréen et la limitante interne de la rétine. Cette séparation se fait de façon variable selon sa pathogénie et ses circonstances de survenue.

Le DPV est généralement asymptomatique; lorsqu'il est symptomatique, il faut rechercher une déchirure rétinienne. Une hémorragie minime accompagne 13 à 19 % des DPV, et 60 % des DPV avec déchirure sont associés à un saignement [1]. Les déchirures rétiniennes compliquées ou non de décollement de rétine, représentent donc la situation redoutable devant un DPV hémorragique, qu'il faut rechercher avec acharnement.

Observations

Cas N°1

Il s'agit d'un jeune adulte âgé de 34 ans, sans antécédents pathologiques qui se présente aux urgences de l'institut Hédi Raies d'ophtalmologie de Tunis (Service A) pour une baisse brutale de la vision avec sensation de pluie de suie et de voile rouge devant l'œil droit. La reprise de l'interrogatoire objective la notion d'un syndrome vitréen comprenant des myodésopsies et des photopsies 7 jours précédant l'épisode. L'examen ophtalmologique a objectivé au fond de l'œil (FO) une hémorragie vitréenne (HV) de grande abondance au niveau de l'œil droit. L'échographie oculaire

*Auteur correspondant

Chiraz Abdelhedi

Email: chirazabdelhedi1992@gmail.com

Service A : institut Hédi Raies d'ophtalmologie, Tunis, Tunisie

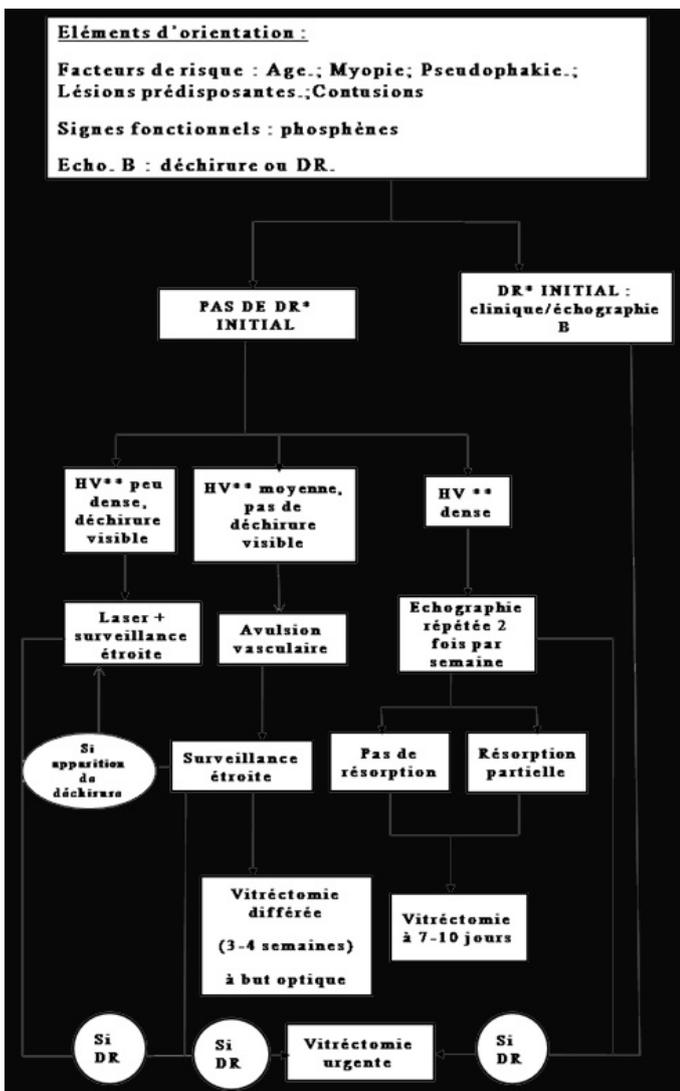


Figure 1. Protocole de prise en charge du décollement postérieur du vitré hémorragique.

en mode B a montré en plus des échos vitréens diffus correspondants à l'HV, une fine ligne hyperéchogène qui disparaît au faible gain et incomplètement détachée de la rétine qui correspond quant à elle à la hyaloïde postérieure épaissie. Le diagnostic de DPV incomplet hémorragique a été retenu. La prise en charge thérapeutique était une surveillance rapprochée clinique et échographique selon le protocole en vigueur au service (**Figure 1**). Ainsi, devant la non résorption de l'HV avec un examen du FO possible seulement en supérieur, une vitrectomie postérieure 23G par la pars plana a été réalisée au bout de 10 jours. Après éclaircissement des milieux en fin de vitrectomie, une avulsion vasculaire a été mise en évidence. Protocole de prise en charge du décollement postérieur du vitré hémorragique (**Figure 2a, b**). En fin d'intervention, une endocoagulation du vaisseau avulsé a été réalisée (**Figure 2c**) afin de prévenir le resaignement intra cavitaire.

Cas N°2

Il s'agit d'un patient âgé de 57 ans, sans antécédents pathologiques généraux ou ophtalmologiques, qui a consulté aux urgences pour une baisse de vision brutale de l'œil droit. L'examen ophtalmologique associé à l'échographie en mode B (**Figure 3a**) nous ont permis de retenir le diagnostic d'une HV de grande abondance en rapport avec un DPV hémorragique. Dans le cadre de la surveillance clinique et échographique, un décollement de rétine (DR) de l'œil droit a été diagnostiqué au 10^{ème} jour (**Figure 3b**). La conduite à tenir était d'opérer le malade sans délais.

Une vitrectomie par la pars plana a été effectuée. L'exploration per-opératoire a mis en évidence une déchirure à clapet postérieure en temporal supérieur avec vaisseau en pont (**Figures 4a**) compliquée d'un DR. Nous avons procédé à une endo-coagulation du vaisseau en pont suivie d'une rétinectomie du clapet au vitréotome (**Figure 4b**). Nous avons terminé la vitrectomie par une rétino-pexie de la déchirure à l'endolaser après réapplication de la rétine sous air et enfin un tamponnement par huile de silicone (**Figure 4c**).

Discussion

Cette étude présente deux cas de patients atteints de décollement postérieur du vitré (DPV) avec une complication hémorragique, nous permettant ainsi de discuter de notre approche thérapeutique dans de tels cas. L'hémorragie vitréenne est une complication redoutable du DPV, observée chez 6 à 18 % des patients présentant des symptômes de DPV. Parmi les facteurs de risque identifiés, l'âge, une forte myopie, une rétinopathie proliférante, des antécédents de traumatisme oculaire, ainsi que la chirurgie de la cataracte (aphakie et pseudophaquie) sont les

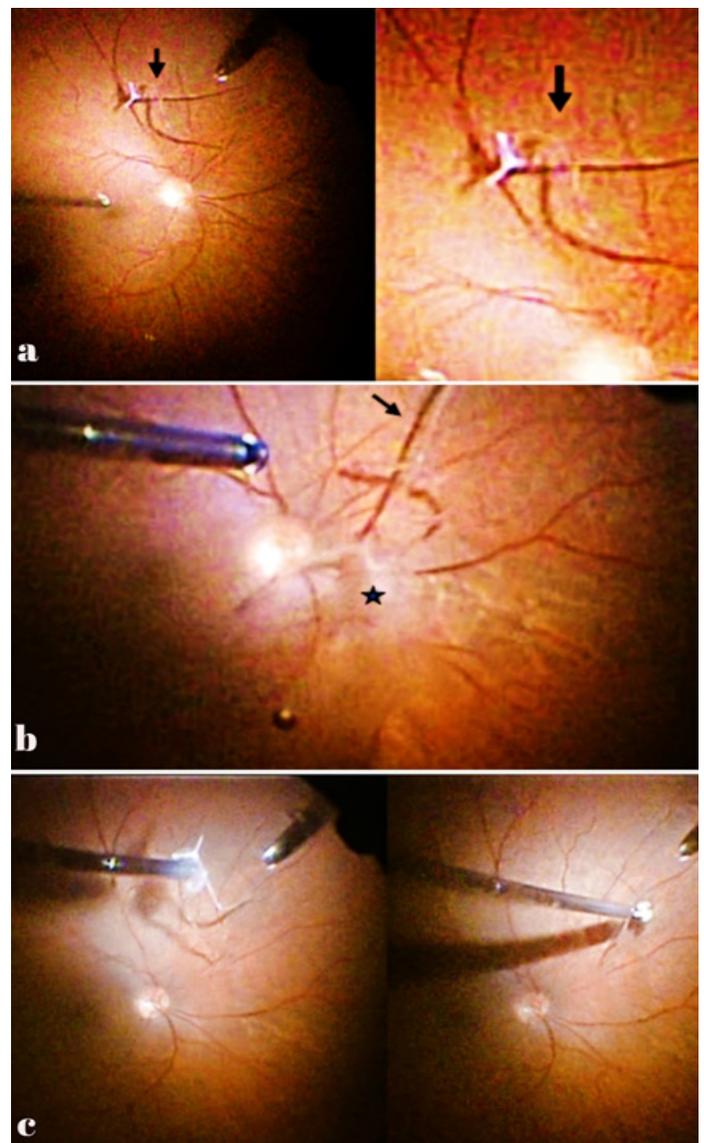


Figure 2. DPV compliquant une avulsion vasculaire rétinienne. (a) Fide vitrectomie objective l'avulsion d'une artère rétinienne (flèche noire) avec l'ombre du vaisseau avulsé en arrière. (b) photographie per opératoire objective l'avulsion vasculaire (flèche noire) ainsi que l'attache vitréenne postérieure (Asterix) exerçant une traction sur le vaisseau. (c) Endocoagulation d'un vaisseau rétinien avulsé responsable d'un DPV hémorragique.

principaux facteurs prédisposants [1-4]. L'hémorragie vitréenne survenant lors d'un DPV peut être attribuée soit à une déchirure rétinienne périphérique due à une traction vitéo-rétinienne, soit à une avulsion vasculaire, et plus rarement à une traction vasculaire papillaire. L'adhérence du vitré aux parois vasculaires peut expliquer l'apparition d'hémorragies lors de la formation de la déchirure. Notre observation confirme l'association fréquente du DPV avec une hémorragie vitréenne, souvent témoignant de la présence sous-jacente d'une déchirure rétinienne, qui est un facteur précurseur majeur du décollement de rétine rhéomatogène. Il est essentiel d'être vigilant concernant cette association, car un DPV avec hémorragie accroît considérablement le risque de déchirure rétinienne, qui peut atteindre jusqu'à 51 voire 95 % [5-7]. Dans le cadre de la prise en charge initiale de patients présentant une hémorragie vitréenne dense, le repos et une hydratation adéquate sont des mesures courantes, avec une surveillance clinique et échographique étroite de la résorption de l'hémorragie. L'évaluation de la rétine supérieure peut révéler la présence d'une déchirure ou d'une traction, nécessitant une vigilance particulière. Quant à l'indication et au moment idéal pour une vitrectomie, ces aspects demeurent sujets à discussion. Toutefois, compte tenu du risque potentiel de décollement de rétine et de prolifération vitréo-rétinienne (PVR), il est impératif de ne pas retarder l'intervention chirurgicale et de la réaliser le plus rapidement possible en cas de décollement de rétine associé. Cette approche a été confirmée

dans nos deux cas, où une vitrectomie précoce a été réalisée en raison de l'HV persistante et de la difficulté d'accès à la périphérie rétinienne, étant donné le risque élevé de déchirure rétinienne en cas de DPV hémorragique. En conclusion, cette étude souligne l'importance de la reconnaissance et de la gestion rapide des cas de DPV hémorragique, étant donné le risque accru de déchirure rétinienne et de décollement de rétine. Une approche thérapeutique proactive avec une vitrectomie précoce peut être cruciale pour améliorer les résultats chez ces patients. Cependant, des études supplémentaires seront nécessaires pour mieux définir les indications et le moment optimal de l'intervention chirurgicale pour cette condition clinique.

Conclusion

Le décollement postérieur du vitré (DPV) constitue une cause fréquente d'hémorragie vitréenne. Plusieurs facteurs de risque sont associés à cette condition. Ainsi, tout patient présentant une hémorragie vitréenne due à un DPV, nécessite une évaluation minutieuse de la rétine périphérique, ainsi qu'une surveillance étroite pour détecter précocement la complication la plus fréquente, à savoir la déchirure rétinienne. Un traitement approprié doit être entrepris avant que cela ne progresse vers un décollement de rétine. Cette approche proactive est essentielle pour prévenir les

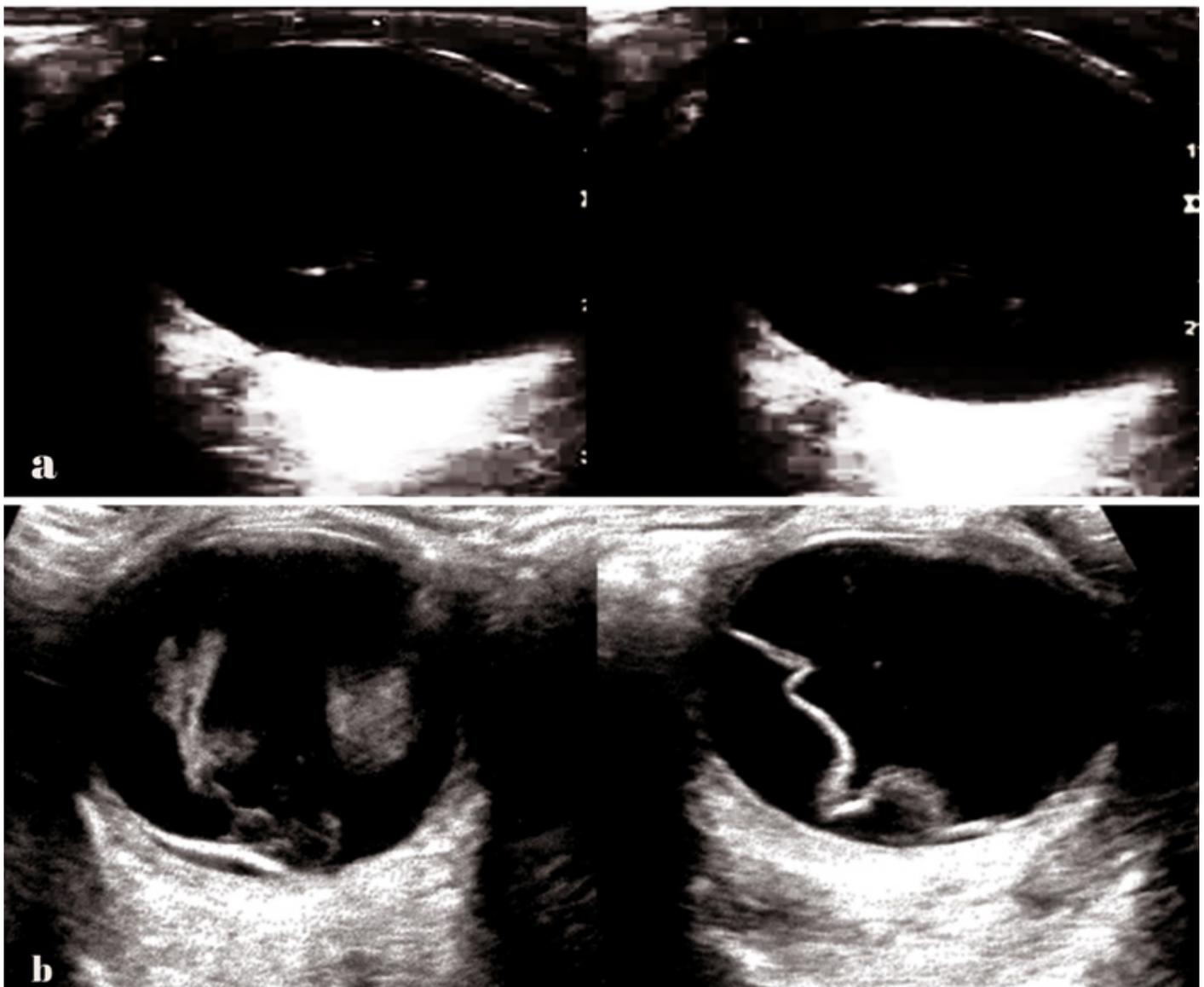


Figure 3. Échographie oculaire en mode B chez un patient présentant une hémorragie vitréenne obturante (a) une hémorragie vitréenne sans déchirure (faible gain) (b) objectivant une hémorragie vitréenne associée à un décollement de rétine supérieur.

complications graves et améliorer les résultats cliniques chez ces patients. Une prise en charge précoce et attentive est donc primordiale pour optimiser les chances de succès thérapeutique.

Déclaration des conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt n'est déclaré par les auteurs.

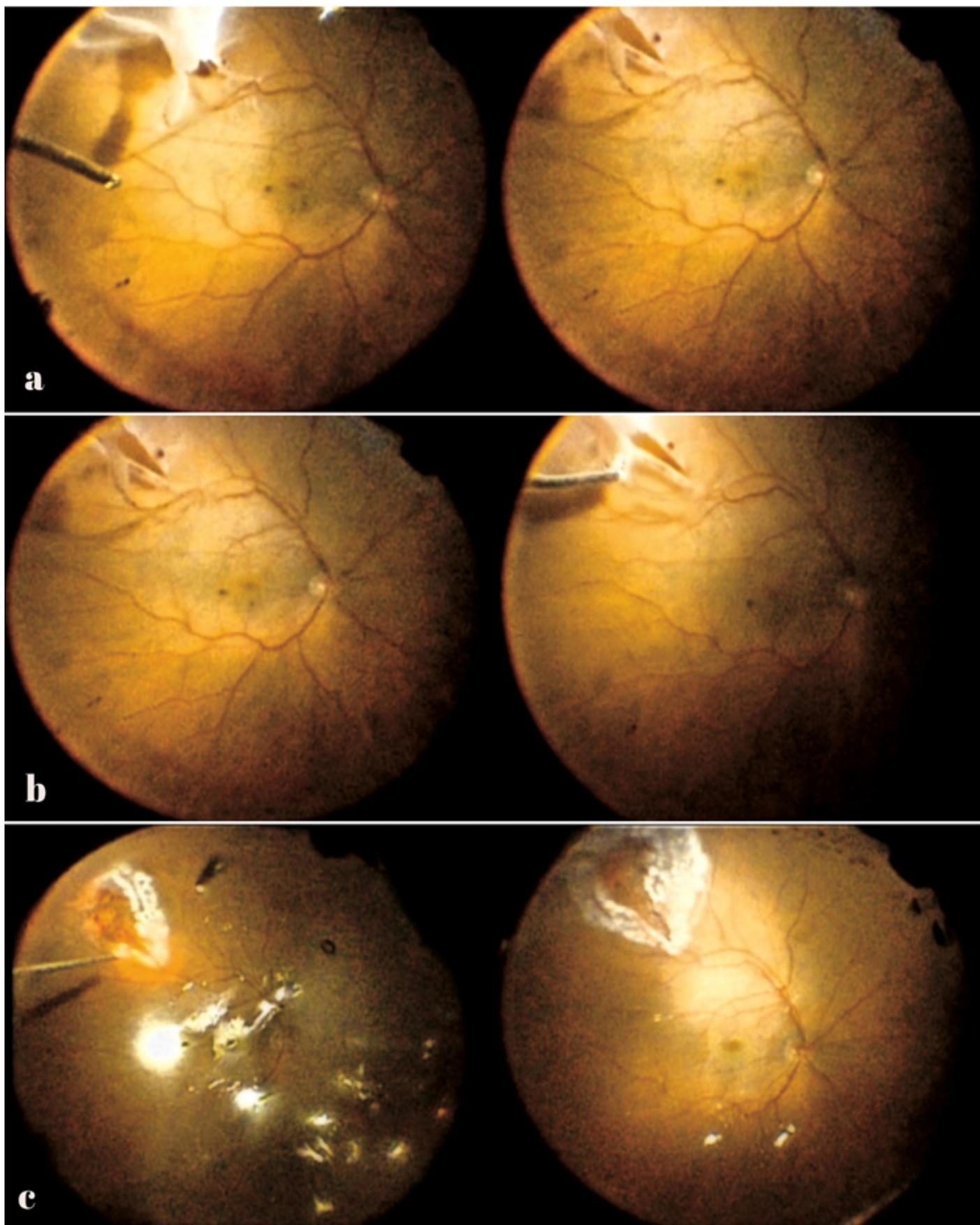


Figure 4. DPV par déchirure avec vaisseau rétinien en pont (a) DPV hémorragique secondaire à une déchirure rétinienne avec vaisseau en pont compliquée de décollement de rétine rhéomatogène (b) Endodiathermie du vaisseau en pont en regard d'une déchirure rétinienne (c) Rétinopexie à l'endolaser d'une déchirure rétinienne.

Références

1. Tanner V, Harle D, Tan J, Foote B, Williamson TH, Chignell AH. Acute posterior vitreous detachment: the predictive value of vitreous pigment and symptomatology. *Br J Ophthalmol*. 2000 Nov; 84(11):1264-8.
2. Johnson MW. Posterior vitreous detachment: evolution and complications of its early stages. *Am J Ophthalmol*. 2010 Mar;149(3):371-82.
3. Sebag J. Floaters and the quality of life. *Am J Ophthalmol* 2011;152:3-4.
4. Byer NE. Natural history of posterior vitreous detachment with early management as the premier line of defence against retinal detachment *Ophthalmology* 1994;101:1503-13.
5. Sharma S, Walker R, Brown GC, Cruess AF. The importance of qualitative vitreous examination in patients with acute posterior vitreous detachment. *Arch Ophthalmol* 1999;117:343-6.
6. Coffee RE, Westfall AC, Davis GH, Mieler WF, Holz ER. Symptomatic posterior vitreous detachment and the incidence of delayed retinal breaks: cases series and meta-analysis. *Am J Ophthalmol*. 2007 Sep;144(3):409-413.
7. Melamud A, Pham H, Stoumbos Z. Early Vitrectomy for Spontaneous, Fundus-Obscuring Vitreous Hemorrhage. *American Journal of Ophthalmology* (2015).
8. Sarrafizadeh R, Hassan TS, Ruby AJ, Williams GA, Garretson BR, Capone A Jr, Trese MT, Margherio RR (2001) Incidence of retinal detachment and visual outcome in eyes presenting with posterior vitreous separation and dense fundus-obscuring vitreous haemorrhage. *Ophthalmology* 108:2273-2278.
9. Dhingra N, Pearce I, Wong D. Early vitrectomy for fundus-obscuring dense vitreous haemorrhage from presumptive retinal tears. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2007 Feb;245(2):301-4.
10. Gishti O, van den Nieuwenhof R, Verhoeckx J, van Overda K. Symptoms related to posterior vitreous detachment and the risk of developing retinal tears: a systematic review. *Acta Ophthalmol*. 2019 Jan 11.