

Que faire devant une hémorragie du vitré

Chez un patient non
diabétique ?

Catherine Creuzot-Garcher
Dijon

Poème à FOCAL

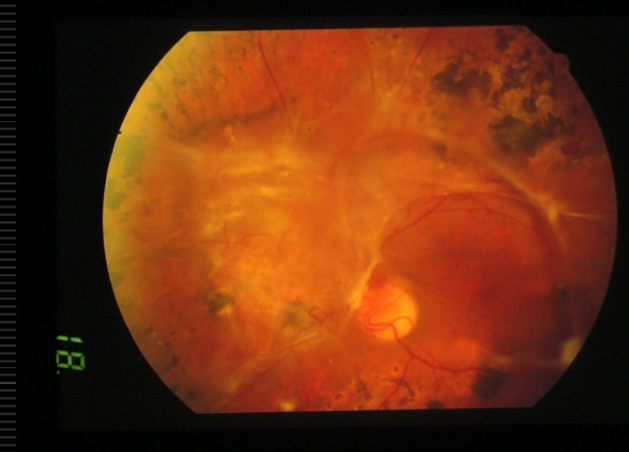
- ❑ Savez vous pourquoi les bourguignons aiment FO...?
- ❑ Car point de vin on ne fait de mirabelle en BOC...
- ❑ La bergamotte du pain d'épice reste une imitation bien P...
- ❑ Comment comprendre alors qu'on prenne pour un cadeau ROY...
- ❑ D'être traités de guignols par Brigitte reste BAN...
- ❑ Peut-être simplement de partager avec vous reste le PRINCIP...

Problèmes

- ❑ Différentes étiologies
 - ❑ Indication de vitrectomie
 - ❑ Particularité des anticoagulants
 - ❑ Traitement de la néovascularisation
-

Généralités

- ❑ Incidence : 7/100 000
- ❑ Causes :
 - Rétinopathie diabétique : 32%
 - DPV +/- déchirure : 38%
 - Occlusions veineuses : 11%



Hémorragie du vitré (localisation)

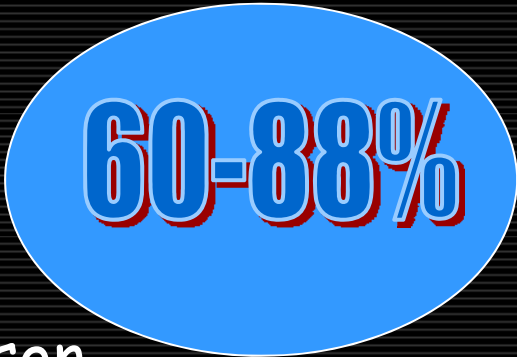


Causes

- ❑ Rétinopathie diabétique (+ si bilat)
- ❑ DPV +/- déchirure
- ❑ Traumatisme

....

- ❑ Occlusions, drépanocytose, DMLA, Terson ...



60-88%

Éléments d'orientation

- ❑ Occlusions veineuses
 - 60 ans
 - HTA (90%)
 - Occlusion branche > OVCR
- ❑ Drépanocytose
 - Noirs
 - 40 ans
 - 8% noirs américains



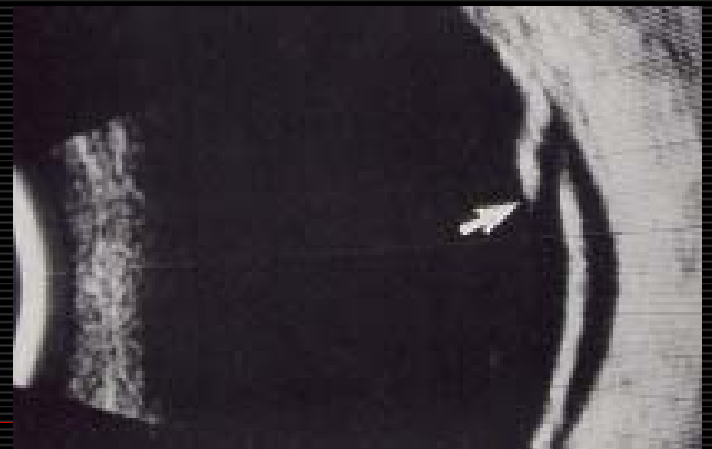
Symptômes

- ☐ Fumée
- ☐ Myodesopsies, Photopsies
- ☐ Phosphènes
- ☐ Perceptions lumineuses
- ☐ Baisse d'acuité visuelle ($10\mu\text{l}$)
- ☐ Vitré plus ou moins hémattique
- ☐ Pigments ?
- ☐ Œil adelphe, ATCD



Echographie

- ❑ Œil ouvert, avec immersion
- ❑ Procédure systématique
 - Transversale, verticale, horizontale
 - Variation du gain
- ❑ Rythme



Echographie

- Intérêt
 - DR ?
 - DPV ?
 - Localisation ?
 - Cause ?
 - Traitement : cryo ?



Anticoagulants : Facteurs favorisants ?

- ❑ DMLA
 - 1/3 cas sous anticoagulants
 - Taille d'hématome plus grande
 - ❑ Rétinopathie diabétique ?
 - ❑ Rétinopathie des prématurés ?
-

Histoire naturelle

- ❑ Clairance longue : 1%/j
- ❑ Liquéfaction vitré
- ❑ Cause ?
 - Rétinopathie diabétique
 - OV (récurrence)
 - DMLA

 - Macroanevrisme
 - Terson

Vitré ?



Hémorragage du vitré : ce qui est urgent...

- Tension oculaire normale
 - DR ???

 - Tension oculaire augmentée
 - GNV ???
-

DPV et hémorragie vitréenne

- ❑ 67 % : déchirure
 - ❑ 31% > 1 déchirure
 - ❑ Site déchirure :
 - ❑ supérieure (88%)
 - ❑ temporale>nasale
 - ❑ en avant de l'équateur
 - ❑ 34% sur palissade
 - ❑ 45% des cas déchirures non identifiées préopératoire
-

DPV + Hémorragie : évolution

- ❑ 40% Décollement de rétine
 - ❑ 40% vitrectomie (12-15 semaines)
 - ❑ Œil controlatéral +++
 - 75% de DR si DR controlatéral
 - 54% si déchirure controlatérale
-

Particularités

- DPV symptomatique
 - 11% : déchirure (+/- hémorragie du vitré)
 - 5% sans déchirure

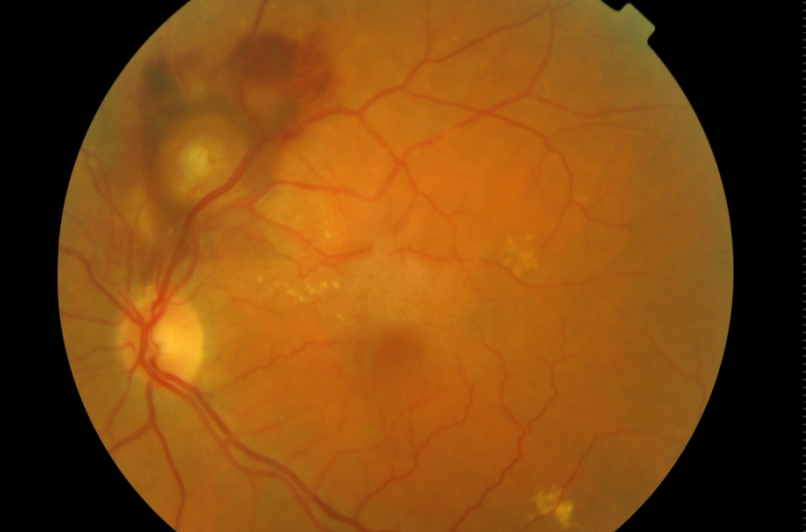
 - Traumatisme :
 - <40 ans
 - hommes
-

Hémorragie du vitré et DMLA exsudative

- ❑ Vitrectomie utile (mais peu mesurable)
- ❑ Pronostic d'autant moins bon qu'il y a une DMLA exsudative évoluée controlatérale

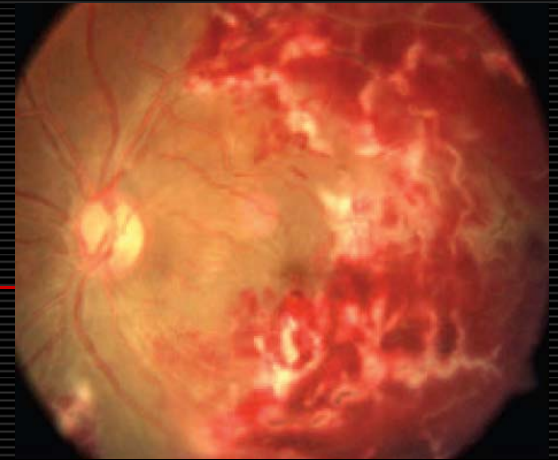


Hémorragie vitré et macroanévrisme



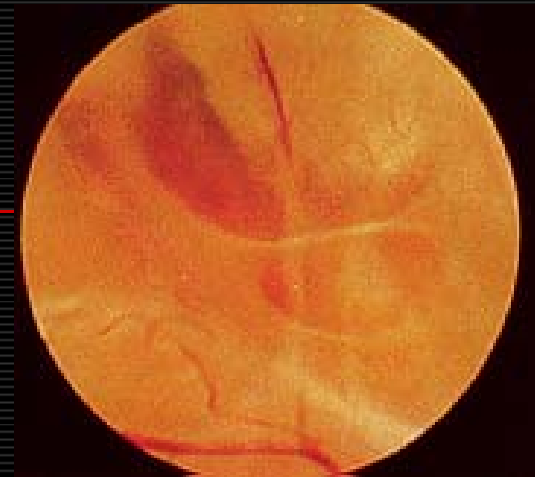
Particularités

- Eales
 - Hémorragie du vitré à répétition
 - Homme jeune
 - Atteinte bilatérale
 - Notion inflammation initiale (périphlébite)
 - Néovascularisation secondaire



Particularités

- ❑ Rétinoschisis lié à l'X
 - Atteinte maculaire
 - ❑ Plis radiaires « rayon de roue »
 - ❑ Kyste
 - Cavités kystiques périphériques
- DPV : diminution risque



Hémorragie du vitré -Enfant

- ☐ Rétinopathie prématuré
 - ☐ Vitréorétinopathie familiale
 - ☐ Terson - Traumatisme
 - ☐ Rétinoschisis
-
- ☐ Amblyopie
 - ☐ Vitrectomie plus précoce
-

Pronostic : Favorable

- Acuité visuelle : 77-94%
 - Si atteinte rétinienne ou choroïdienne : 80%
 - OV : 1/3
 - OB : 100%
 - Pas d'atteinte rétinienne : 98%
 - Terson : 93-100%

Pourquoi enlever le sang ?

- ❑ Hémosidérose ...
- ❑ Prolifération rétino-vitréenne (DR)
- ❑ Glaucome
 - Ghost cell
 - Hémolytique
 - Hémosidérose

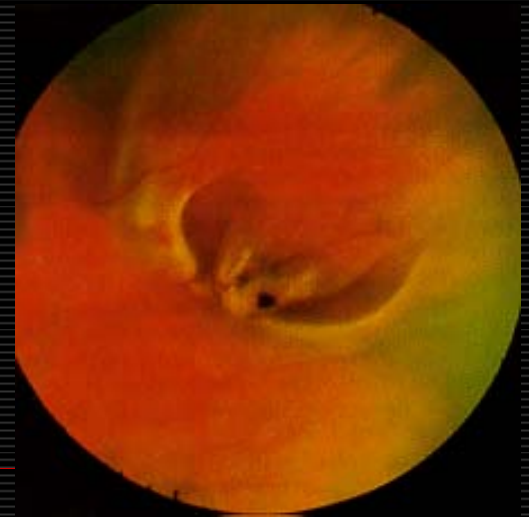
Indication vitrectomie

☐ DR ?

...Œil monophthalme ou bilatéral

☐ Durée

☐ Récurrence



Attitude pratique

- ❑ Repos - Obscurité ? - Déclive
 - ❑ Boissons ?
 - ❑ Surveillance échographique (1/semaine)
 - ❑ Œil controlatéral
 - ❑ Expliquer signes d'alarme
 - Éclairs
 - Voile noir
-

Délai pour envisager chirurgie si échographie normale

- ❑ Cause suspectée (autre œil, ATCD)
 - ❑ Baisse d'acuité visuelle
 - ❑ Fréquence des hémorragies
 - ❑ Vision de l'œil adelphe
 - ❑ Rubéose de l'iris
-

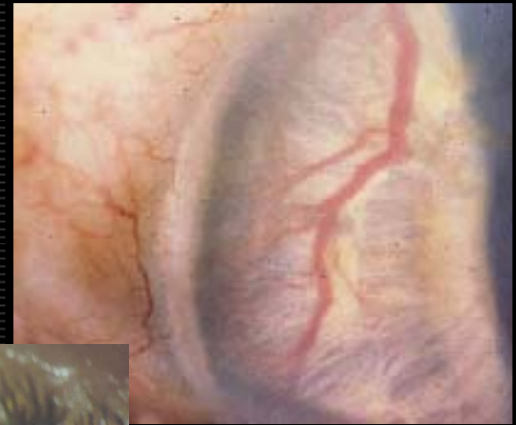
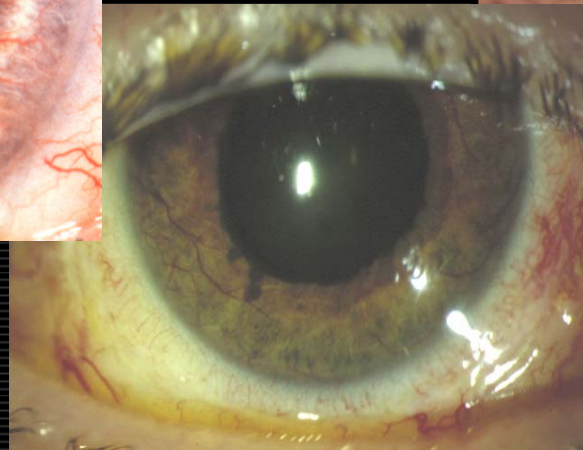
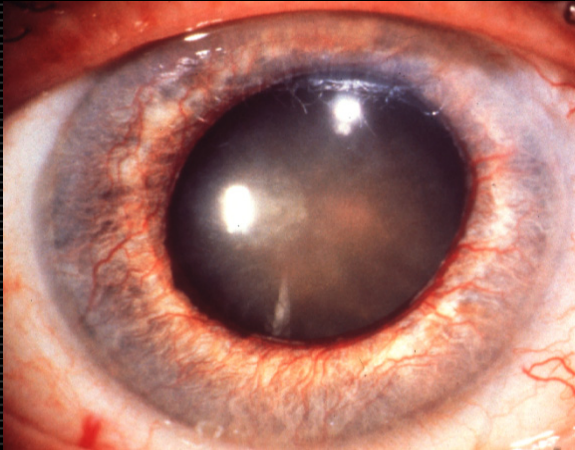
Hémorragie du vitré avec HTIO

☐ Glaucome néovasculaire

- ☐ Glaucome à cellules fantômes
- ☐ Glaucome + autre cause

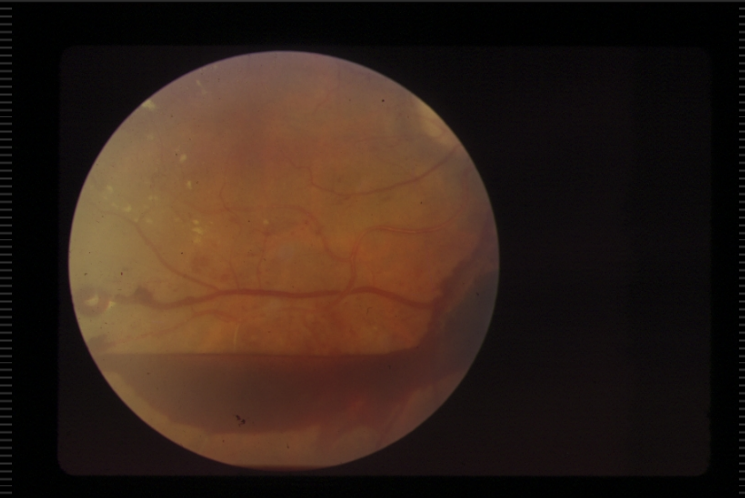
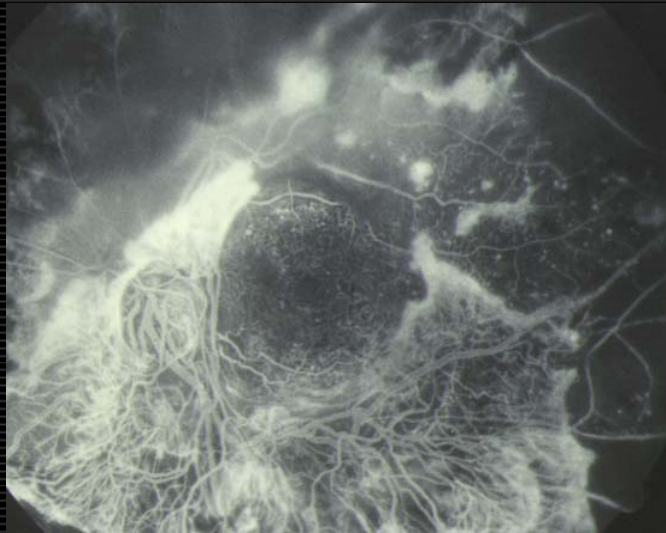
Glaucome néovasculaire

❑ Rubéose irienne



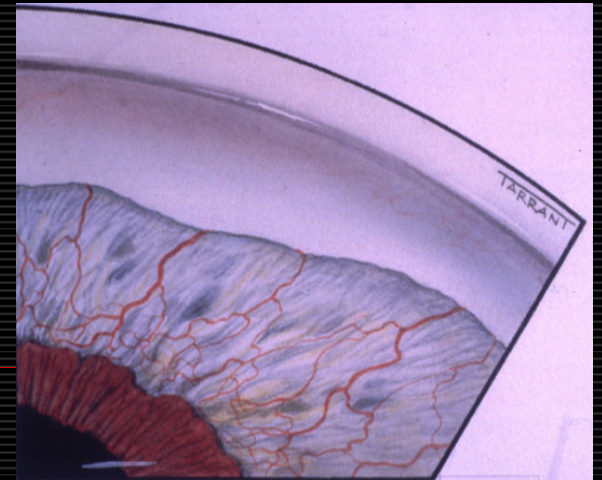
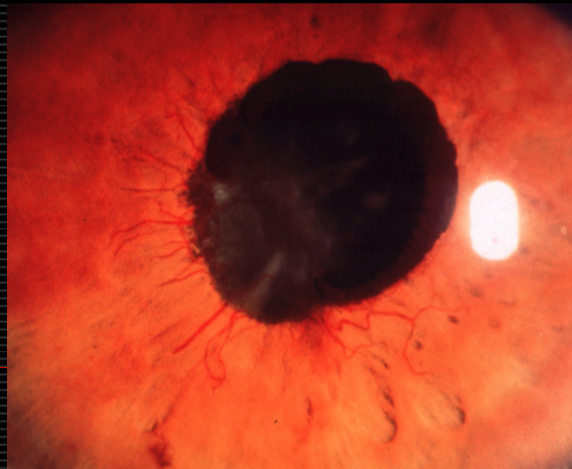
Glaucome néovasculaire

- ❑ Rubéose irienne
- ❑ Ischémie rétinienne sévère



Glaucome néovasculaire

- ❑ Rubéose irienne
- ❑ Ischémie rétinienne sévère
- ❑ Prolifération néovasculaire irienne et de l'angle
- ❑ Hypertonie oculaire par fermeture de l'angle



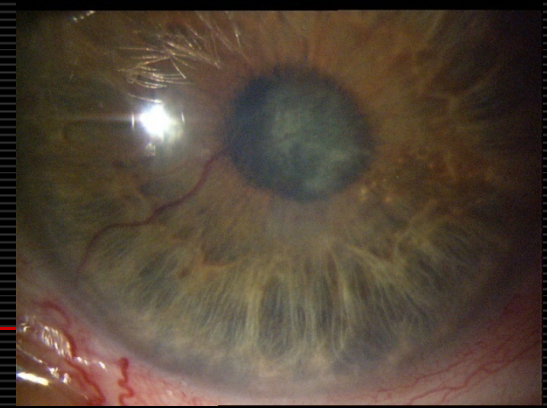
Glaucome néovasculaire

- ❑ Rubéose irienne
- ❑ Ischémie rétinienne sévère
- ❑ Prolifération néovasculaire irienne et de l'angle
- ❑ Hypertonie oculaire par fermeture de l'angle

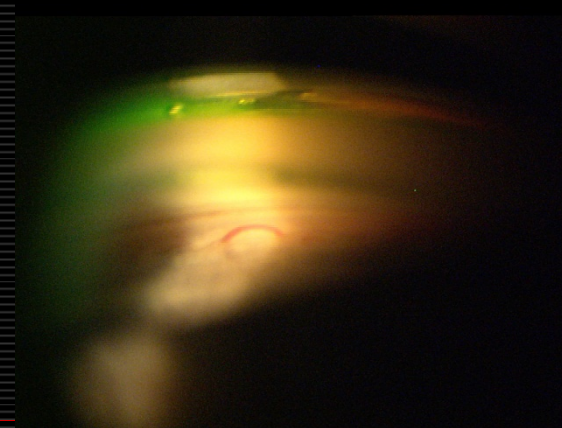
LA complication à éviter ...



Glaucome néovasculaire



- ❑ Stade I : hyperhémie vasculaire irienne isolée (angio+)
- ❑ Stade II : hyperhémie visible LAF
- ❑ Stade III : HTIO mais angle reste ouvert
- ❑ Stade IV : GNV à angle fermé



Traitement de base

- ❑ Vitrectomie si rétine inaccessible
 - ❑ Traitement de l'ischémie rétinienne
 - ❑ Traitement
 - Hypertonie oculaire isolée
 - Puis fermeture de l'angle associée
-

Mais il ya a ...



Mais il ya a ...

Avastin

Traitement actuel

- ❑ Utilisation des antiangiogéniques
 - Bloquage transitoire de la néovascularisation
 - Facilite la dissection si néovascularisation compliquée
 - Peut permettre une transparation des milieux (rare)
 - ❑ Pratique : injection de 1.25mg d'Avastin (programmation chirurgie 7 jours)
-

Traitement actuel

- ❑ Antiangiogéniques
 - ❑ Vitrectomie complète avec traitement conjoint de l'ischémie rétinienne par panphotocoagulation complète très antérieure
-

Traitement actuel

- ❑ Antiangiogéniques
 - ❑ Vitrectomie complète avec traitement conjoint de l'ischémie rétinienne
 - ❑ Traitement de l'hypertonie oculaire résiduelle (FERMETURE de l'ANGLE (stade IV))
-

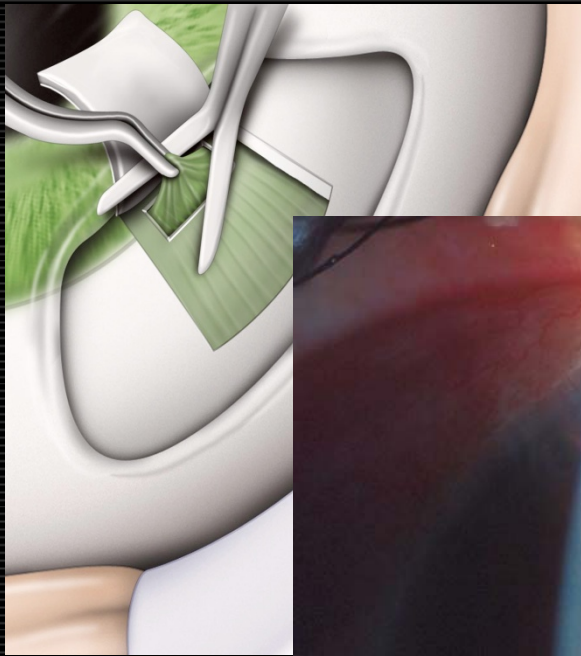
Traitement Stade III :

- ❑ Traitement de l'ischémie
 - Néovaisseaux régressent dans 68% des cas
 - PIO normalise dans 42% des cas

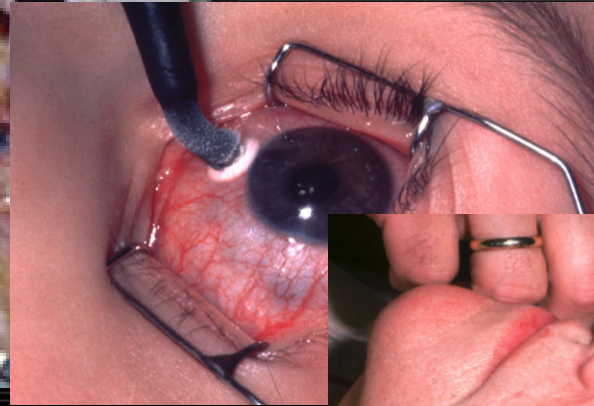
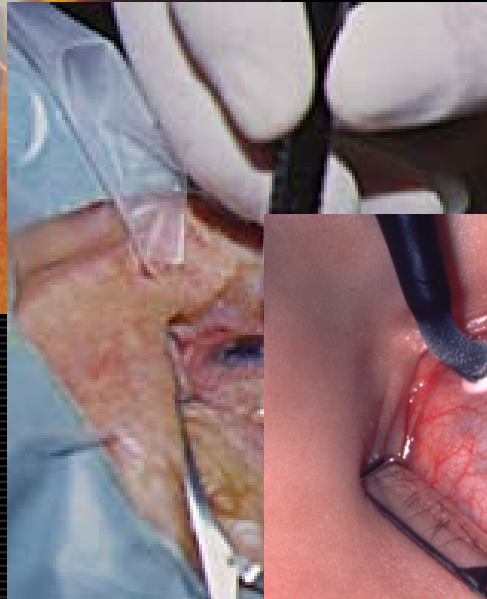
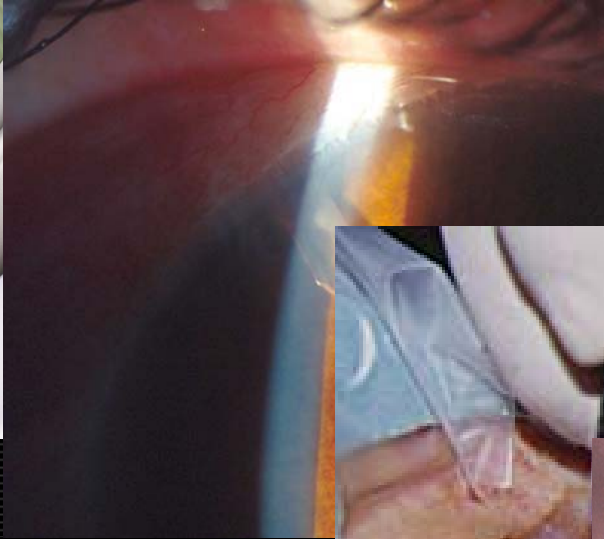
 - ❑ Traitement de l'hypertonie
 - Atropine
 - Hypotonisants
 - Anti-inflammatoires locaux
-

Traitement stade IV

- ❑ Traitement de l'ischémie rétinienne
 - ❑ Traitement de hypertonie par fermeture de l'angle
 - Selon la fonction résiduelle de l'oeil
 - Selon l'état de la conjonctive
 - Décevante : stabilisation pressionnelle 50% avec baisse d'acuité visuelle dans 40%...
-



Stage IV



Hémorragie du vitré chez un patient non diabétique avec HTIO

- ❑ Glaucome néovasculaire
 - ❑ Glaucome à cellules fantômes
 - ❑ Glaucome chez un patient non diabétique avec hémorragie du vitré (OVCR ?)
-

Glaucome à cellules fantômes

- Hémorragie du vitré avec ouverture hyaloïde
 - Souvent post-traumatique
 - Hématies dénaturées (aspect de sucre candy)
 - Traitement : vitrectomie si résistant au traitement médical et au lavage de chambre antérieure
-

Conclusion

- ❑ Pathologie largement dominée par le diabète puis conséquences du DPV
 - ❑ La néovascularisation reste un élément commun à plusieurs étiologies
 - ❑ Les 2 urgences à ne pas méconnaître
 - DR
 - GNV
-