

OCCLUSION DE L'ARTERE CENTRALE DE LA RÉTINE RÉVÉLATRICE D'UN RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

NAOUMI. A, CHAFCHAOUINI. SM, HARMOUCHI. N, THERZAZ. A, CHANA.L, GHOUNIMI.

RÉSUMÉ

Nous rapportons un cas d'occlusion de l'artère centrale de la rétine de l'oeil gauche chez un homme de 45 ans qui fut révélatrice d'un rétrécissement mitral. Cet accident thromboembolique est inaugural. Le bilan cardiologique a montré un rétrécissement mitral modérément serré. L'évolution est faite vers la cécité de l'oeil gauche.

Mots clés : Accidents thromboemboliques. occlusion artère centrale de la rétine rétrécissement mitral.

SUMMARY

We report a case of central retinal artery occlusion in a 45 year old man which proved to be a first symptom of a mitral schrink-age. This thrombo-embolic accident was the first. The cardiologiy test shows a mitral schrink-age. The evolution was a blindness of the left eye.

Key words : Thrombo-embolic accident, central retinal artery occlusion, Mitral schrink-age.

INTRODUCTION

Le rétrécissement mitral (RM) est dans la majorité des cas secondaire au rhumatisme articulaire aiguë. Cette affection reste fréquente et grave dans les pays en voie de développement.

Nous rapportons une observation, révélée par une occlusion de l'artère centrale de la rétine (OACR).

Observation

Un homme âgé de 45 ans, ayant comme antécédent un kyste hydatique du foie en 1983 et qui a présenté une cécité monoculaire gauche d'installation brutale.

A son admission, l'examen de l'oeil droit trouve une acuité visuelle à 10/10 Parinaud 4. Un segment antérieur et un fond d'oeil normaux.

L'examen de l'oeil gauche trouve une acuité visuelle

réduite à compter les doigts à 1 mètre.

Un segment antérieur normal avec un tonus oculaire à 16 mm Hg.

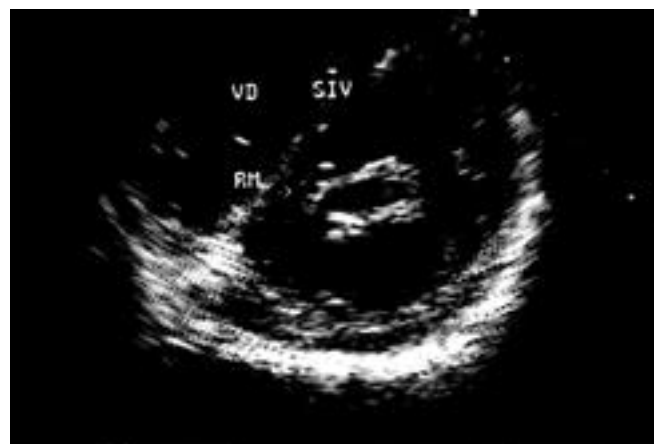
Au fond d'oeil, il existe un tableau d'OACR avec un œdème rétinien ischémique. Ce tableau est confirmé par une angiographie fluorescéinique rétinienne qui montre aux temps précoces : l'absence de remplissage au niveau de la lumière artérielle lorsque l'injection choroïdienne masquée partiellement par l'œdème rétinien ischémique se fait normalement.

Un bilan général est réalisé pour connaître l'origine de l'embolie. Ainsi l'examen neurologique est normal, il n'existe pas de signes d'athéromatose généralisée, les artères temporales sont battantes. l'exploration échodoppler des axes artériels du cou ne mettait pas en évidence des plaques athéromateuses.

Le bilan biologique est normal (glycémie, vitesse de sédimentation, bilan lipidique).

L'examen cardiologique trouve un roulement diastolique avec à l'écho cardiographique la présence d'un RM modérément serré sans aspect de thrombose ou de pré thrombose de l'oreillette gauche (photo 1).

Photo n°1



Service ophtalmologie
Hôpital Militaire Mohamed V. - RABAT

Le Holter ECG n'a pas détecté de fibrillation auriculaire paroxystique.

La technique de l'extra stimulus a déclenché une fibrillation auriculaire soutenue dont la réduction est obtenue par choc électrique externe.

Le patient est mis sous anticoagulants et digitaliques comme traitement de consolidation.

Après 2 mois d'évolution, aucune amélioration fonctionnelle n'est notée.

L'examen du fond d'oeil trouve une atrophie optique totale à bords nets de l'oeil gauche avec aspect grêle des vaisseaux (photo 2).

Photo n°2



L'angiographie montre une reperméabilisation du lit artériel et l'absence de signes de rétinopathie proliférative. (photos 3 - 4).

DISCUSSION

Le RM est l'affection la plus fréquente des lésions valvulaires rhumatismales dont elle est une manifestation tardive.

L'évolution du R.M peut se faire vers des complications dont les plus graves sont les accidents thromboemboliques systémiques. L'incidence de l'embolie systémique est estimée entre 9,6 et 18 % des RM opérés, soit 1,5 % par an (2). Les localisations des embolies systémiques sont très souvent cérébrales (plus 60% des cas), l'embolie de l'artère centrale de la rétine représente 3,9 % des accidents thromboemboliques au cours des RM (6).

Photo n°3

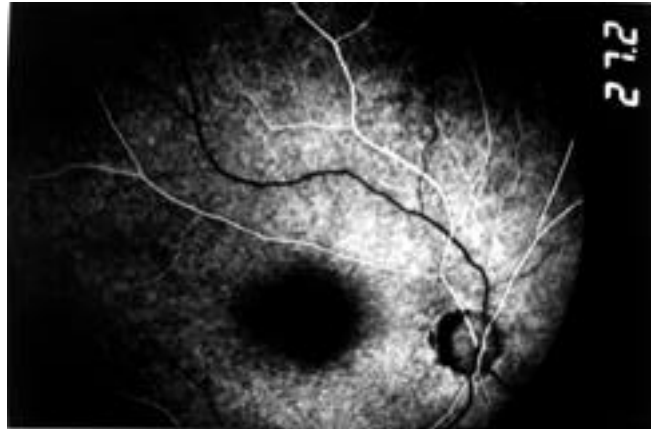
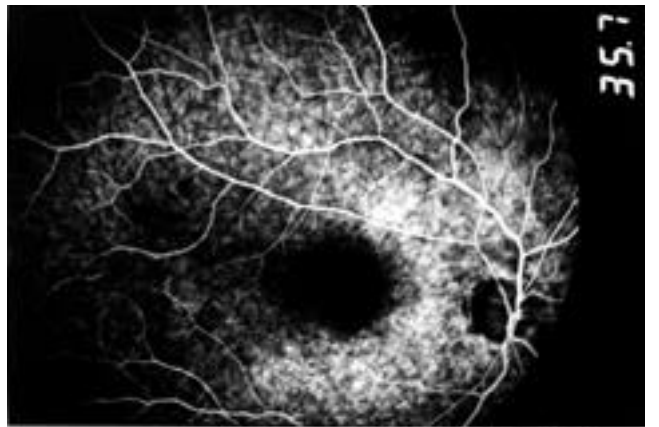


Photo n°4



Le principal facteur favorisant est la survenue préalable d'une fibrillation auriculaire, qui au moment de l'embolie est notée chez plus de 90 % des malades (2).

Chez les malades en rythme sinusal lors de l'accident on ne peut éliminer une fibrillation auriculaire paroxystique précédant l'accident embolique.

Notre malade avait un rythme sinusal et c'est la technique de l'extra stimulus qui a déclenché une fibrillation auriculaire témoignant d'une vulnérabilité des oreillettes. Le degré de sténose mitrale n'est pas bien corrélé avec le risque thromboembolique.

Des sténoses mitrales modérées, non chirurgicales peuvent très bien donner lieu à un accident embolique en particulier

après 40 ans et à l'occasion d'une fibrillation auriculaire paroxystique (2), notre observation en est un exemple.

D'un point de vue ophtalmologique, l'oeil gauche serait 3 fois plus souvent touché en raison de la situation anatomique de la carotide primitive gauche sur la gerbe aortique.

La plupart des patients présentant une OACR garderont une petite zone de perception lumineuse en raison de la présence de petites artères cilio-rétiniennes (3).

L'évaluation d'une OACR est le plus souvent défavorable malgré un traitement précoce.

Aucune récupération visuelle n'est observée.

L'œdème rétinien ischémique s'atténue progressivement et disparaît en quatre à cinq jours. Une atrophie optique à bord net et un rétrécissement des artères rétiniennes apparaîtront dans les semaines qui suivront.

La fréquence d'une rubéose irienne et d'un glaucome néo-

vasculaire est d'environ 1 à 5 % chez les patients qui présentent une OACR, et survient après un délai de un à deux mois environ (7).

Les embolies au cours du RM sont multiples, soit d'emblée, soit plus souvent par récurrence. 60% des récurrences surviennent dans l'année qui suit le premier accident. La fréquence des récurrences est réduite par le traitement anticoagulant (6).

Tout ceci nous amène à conclure que l'OACR au cours du RM est un accident grave qui met en jeu le pronostic fonctionnel visuel.

Cet accident nécessite une prise en charge en urgence avant l'installation d'un autre accident embolique systémique pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

Mais le meilleur traitement reste la prise en charge correcte et précoce de toute angine chez l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

1 - H. MERLE, O. DELATRE, M.TRODE.

Oblitération de l'artère centrale de la rétine en cours d'une intervention chirurgicale sur le rachis cervical.

J.Fr. Ophtalmol, 1994, 17, 10, 603-607.

2 - J. ACAR.

Les cardiopathies valvulaires acquises

Flammarion Médecine - sciences. 1985

3 - J. DONALD M.GASS, M.D

Atlas stéréoscopique, les affections maculaires.

Médecine -sciences - Flammarion - 1991.

4 - M. WEBER, E. KERRAND, C. SPEEG-SCHATZ, J. FLAMENT.

Hémorragie maculaire en x révélatrice d'une occlusion mixte de l'artère cilio-rétinienne révélatrice et de la veine centrale de la rétine.

J. Fr. aphtalmol, 1994, 17, 2, 133-137.

5 - P. GAIN, M. CHANU, G. POULARD et coll.

Myxome de l'oreillette gauche : une cause d'embolie artérielle rétinienne à ne pas méconnaître.

J. Fr. ophtalmol, 1995, 18, 4, 317-323.

6 - P. SOULIÉ, P. CHICHE, M. DEGEONGES, J. ACAR, A. BENACCRAF

Etude sur les embolies artérielles périphériques du R.M et leur traitement par les anticoagulants.

Sem hôp Paris, 1960, 36 : 2753.

7 - P. TURUT.

Les occlusions artérielles rétiniennes.

Encyc. Méd. chir (Paris - France) ophtalmologie, 21240E¹⁰, 1988, 14P.

8 - Y. SHALEV, L. GREEN, A. PALLACK, Z. BENTWICH.

Myocardial infarction with central retinal artery occlusion in a patient with antinuclear antibody-negative systemic lupus erythematosus.

Arthrites and Rheumatism, Vol. 28, N°10 octobre 1985.