

RÉTINOPATHIE HYPERTENSIVE MALIGNE RÉVÉLANT UNE NÉPHROPATHIE A PROPOS DE 2 CAS.

MALIGNANT HYPERTENSIVE RETINOPATHY REVEALING NEPHROPATHY ABOUT 2 CASES.

SY E.M¹, MBAYE S¹, AW A¹, SENGHOR OS¹, DIAGNE JP¹, KA AM¹, NDIAYE L¹, NDIAYE M¹, GAYE SS¹, SEYID EA¹, NDIAYE PA¹.

1. Centre d'Ophtalmologie de l'hôpital Abass Ndao, Dakar-Sénégal.

Résumé

Introduction : La rétinopathie hypertensive est l'ensemble des lésions rétinienne d'origine vasculaire secondaire à une hausse aiguë de la tension artérielle et entraînant une rupture de la barrière hémato-rétinienne.

La rétinopathie hypertensive résultante de cette HTA maligne, est souvent révélatrice d'une cause secondaire d'HTA dont l'une des plus fréquentes est la maladie rénovasculaire.

Nous rapportons deux cas de rétinopathie hypertensive maligne de découverte fortuite révélant une néphropathie au centre d'ophtalmologie de l'hôpital Abass Ndao.

Observations : Il s'agissait de deux patients de la trentaine sans antécédents pathologiques particuliers venus consulter pour une baisse brutale de l'acuité visuelle unilatérale associée à des céphalées à irradiation rétro-orbitaire.

L'examen ophtalmologique retrouvait une acuité visuelle limitée à 4/10 P6 pour l'œil droit (OD) et à « compte les doigts » P14 pour l'œil gauche (OG) (cas 1) et à 10/10 P2 à droite et « compte les doigts » à 3m P10 à gauche (cas 2). Le fond d'œil mettait en évidence des hémorragies en flammèche, un œdème papillaire et un aspect « d'étoile maculaire ».

La tomographie en cohérence optique (OCT) maculaire mettait en évidence un œdème maculaire marqué sur trois yeux et une désorganisation de la segmentation rétinienne.

La prise de la pression artérielle montrait une hypertension artérielle estimée à 180/150mmhg (cas 1) et à 200/180mmhg (cas 2). La recherche étiologique devant cette rétinopathie hypertensive, retrouvait une hypertension artérielle secondaire à une néphropathie chez nos patients.

Après normalisation des chiffres tensionnels, on notait une amélioration de l'acuité visuelle et une régression des lésions rétinienne.

Conclusion : La rétinopathie hypertensive maligne est une urgence ophtalmologique majeure pouvant engager le pronostic visuel. La maladie rénovasculaire est une cause secondaire fréquente de HTAM. La prise en charge est pluridisciplinaire et la prévention repose sur le dépistage et le suivi régulier des patients à risque.

Mots-clés : Rétinopathie, Hypertension artérielle maligne, Urgence, Néphropathie

Summary

Introduction: Hypertensive retinopathy is a set of all retinal lesions of vascular origin secondary to an acute rise in arterial blood pressure leading to a breakdown of the blood-retinal barrier.

Hypertensive retinopathy resulting from this malignant hypertension is sometimes the revealing entity of a secondary cause of hypertension, one of the most frequent of which is renovascular disease.

We are reporting two cases of malignant hypertensive retinopathy discovered incidentally revealing a nephropathy at the ophthalmology center of Abass Ndao hospital.

Observations: These were two patients in their thirties with no particular past history who came to consult for a sudden unilateral decline in visual acuity associated with retro-orbital distribution headaches

The ophthalmological examination found visual acuity limited to 4/10 P6 for the right eye (OR) and "finger counting" P14 for the left eye (OS) (case1) and 10/10 P2 for the right eye and "finger counting" at 3m P10 for the left (case 2). The fundus highlighted flame-like hemorrhages, papilledema and a "macular star" appearance.

The macula Optical Coherence Tomography (OCT) revealed a macular edema in three eyes and a disorganization of retinal segmentation.

The measurement of blood pressure showed high blood pressure at 180/150mmHg (case 1) and 200/180mmHg (case 2). The etiological research for this hypertensive retinopathy found high blood pressure secondary to nephropathy in our patients.

After normalization of blood pressure figures, there was an improvement in visual acuity and regression in retinal lesions.

Conclusion: Malignant hypertensive retinopathy is a major ophthalmological emergency that can compromise the visual prognosis. The renovascular disease is a common cause of secondary malignant hypertension. Its management is multidisciplinary and prevention is based on screening and regular screening of patients at risk.

Keywords: Retinopathy, High blood pressure, Malignant hypertension, emergency, Nephropathy

Correspondance : El hadji Malick SY, Maître de conférences assimilé en Ophtalmologie, elhadjimalicksyonly@gmail.com

Soumis le 26 juillet 2023.
Révisé le 23 – 02 – 2024
Accepté le 24-04-2024

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle maligne (HTAM) est une entité nosologique associant une élévation rapide de la pression artérielle (> 180/100 mmHg, souvent > 200/120) et une rétinopathie hypertensive stade III ou IV de la classification de Keith et Wegener [1].

Cette rétinopathie hypertensive est l'ensemble des lésions rétinienne d'origine vasculaire secondaire à l'HTA et entraînant une rupture de la barrière hémato-rétinienne. Lorsqu'elle associe atteinte des gros vaisseaux rétinien et œdème papillaire secondaire, elle désigne la rétinopathie hypertensive maligne (RHM) qui est une urgence diagnostique et thérapeutique [2].

L'incidence de l'HTAM est estimée à plus de 7/100 000 chez les sujets noirs pour moins de 2/100 000 chez les caucasiens en Europe [1].

Au Burkina-Faso, Samadoulougou [3] avait rapporté une prévalence hospitalière de l'HTAM de 18,4% en 2009, et elle était de 168 cas sur 6 ans pour Aka [1] en 2021 en Côte d'Ivoire.

Cependant en ophtalmologie peu d'études ont été menées sur les complications oculaires engendrées par l'HTAM.

Notre travail a pour but de rapporter deux cas de rétinopathie hypertensive maligne révélant une néphropathie au service d'ophtalmologie du Centre hospitalier Abass Ndao.

OBSERVATIONS

Cas 1

Il s'agissait d'un homme âgé de 39 ans aux antécédents d'hypertension artérielle familiale qui a été reçu pour une baisse de l'acuité visuelle (BAV) brutale de l'œil gauche (OG) associée à des céphalées intermittentes, à irradiations rétro-orbitaires et temporairement calmées par les antalgiques.

A l'examen on notait une acuité visuelle de loin avec correction chiffrée à 4/10 P6 pour l'œil droit (OD) et à « compte les doigts » P14 pour l'œil gauche (OG).

Le segment antérieur et la prise de tension oculaire étaient normaux.

Après dilatation, on retrouvait au fond d'œil, des hémorragies en tache et en flammèche, un œdème papillaire stade 3, des exsudats cotonneux et une étoile maculaire aux deux yeux (figure 1a). La tomographie en cohérence optique (OCT) montrait un épaissement rétinien associé à un décollement séreux sous rétinien (DSSR) aux deux yeux (figure 1b).

Devant ce tableau évocateur d'une rétinopathie hypertensive stade 4, la mesure de la pression artérielle avait révélé des chiffres tensionnels à 180/150mmHg.

Le patient a été adressé en cardiologie où un traitement antihypertenseur (inhibiteur calcique) avait

été démarré.

Par ailleurs dans le cadre du bilan standard, un taux élevé de la créatininémie (18mg/L) avait été retrouvé, motivant une consultation en néphrologie, où l'angioscanner abdominal avait objectivé une sténose de l'artère rénale.

Le suivi de notre patient était réalisé en collaboration avec les néphrologues et chirurgiens cardiovasculaires pour une prise en charge adéquate.

Au bout de 2 mois, l'évolution était marquée sur le plan oculaire par une amélioration de l'AVLAC chiffrée à 8/10 P2 à OD et 2/10 P4 à OG, une régression des hémorragies et des signes exsudatifs rétinien au FO (figure 2a).

Cependant on notait la persistance d'une minime poche de DSSR et de l'étoile maculaire à l'œil gauche (figure 2b). Le patient est en attente d'une prise en charge chirurgicale pour la sténose artérielle.

Cas 2

Il s'agissait d'un patient âgé de 33 ans aux antécédents d'HTA familiale qui a été reçu pour une BAV brutale de l'œil gauche accompagnée de céphalées frontales à irradiation rétro-orbitaires.

A l'examen nous avons une AVLAC chiffrée à OD 10/10 P2 et CLD à 3m P10 à gauche.

Le segment antérieur et le tonus oculaire étaient normaux aux deux yeux.

Au FO, on notait un œdème papillaire stade 1 avec des hémorragies péri-papillaires à droite, un œdème papillaire stade 1, des hémorragies en flammèche et une étoile maculaire à gauche (figure 3a).

La tomographie en cohérence optique (OCT) avait montré un épaissement rétinien associé à un décollement séreux sous rétinien (DSSR) à l'œil gauche (figure 3b).

Devant les éléments cliniques, le diagnostic d'une rétinopathie hypertensive bilatérale a été retenue et la mesure de la pression artérielle montrait une HTA à 200/180mmHg.

Après avis cardiologique, un traitement antihypertenseur (inhibiteur calcique) a été mis en route en urgence.

Le bilan biologique demandé, montrait une élévation de la créatinine sanguine à 22mg/l. Le patient a été adressé en néphrologie où l'échographie rénale avait montré un kyste rénal corticale gauche.

Il s'agissait au total d'une rétinopathie hypertensive bilatérale sur HTAM secondaire à une néphropathie. Le suivi était fait en collaboration avec les néphrologues et les cardiologues pour meilleure prise en charge.

L'évolution sur le plan oculaire a été marquée par une amélioration de l'AVLAC de l'œil gauche passant de CLD P10 à 5/10 P4. L'œil droit était resté stationnaire.

Cliniquement, on notait une régression de l'œdème papillaire et une disparition des hémorragies aux deux yeux cependant il persistait une poche de DSSR

à gauche et des exsudats pérимаculaires (figure 4a), confirmés par l'OCT (figure 4b).

DISCUSSION

La fréquence de l'HTAM est estimée entre 15% et 19% dans la majorité des études africaines. Il s'agit d'une affection grave et responsable de complications sévères avec une morbi-mortalité élevée, ce qui en fait une actualité dans nos pays et un véritable problème de santé publique [3,4,5,6].

Cette prévalence élevée de l'HTAM serait due à plusieurs facteurs dont l'accès limité aux médicaments, entraînant une mauvaise observance mais surtout à une perception erronée de la maladie chronique dans nos régions [3]. Chez nos patients, l'HTA était méconnue et de découverte fortuite.

La rétinopathie hypertensive est une partie intégrante de la définition de l'HTAM, elle est classée stade IV dans nos deux cas contrairement à la majorité des séries où le stade III était le plus souvent décrit [1,3,5].

Cette différence dans la classification pourrait être due d'une part à la taille de notre cohorte par rapport aux autres séries où le nombre de cas était beaucoup plus élevé et d'autre part parce que dans les autres études les patients étaient hypertendus connus et donc sous traitement réduisant ainsi la sévérité de l'atteinte rétinienne.

Nos patients étaient de sexe masculin ce qui est en phase avec les différentes études faites dans la littérature (tableau I)

Cette prédominance masculine serait liée à la prévalence accrue de l'HTA chez l'homme mais également des facteurs de risque cardiovasculaires tels que le tabac et l'alcool.

La fréquence de l'hypertension artérielle maligne chez les adultes jeunes est récurrente dans la littérature [1,3,6,8]. Dans la majorité des séries, l'apparition des complications liées à l'HTAM est révélatrice de l'affection chez le sujet jeune [9]. La rétinopathie hypertensive a été la circonstance de découverte de l'HTAM chez nos patients et ces derniers étaient respectivement âgés de 39 et 33 ans.

La baisse de l'acuité visuelle brutale et les céphalées sont très fréquemment décrites dans la rétinopathie hypertensive maligne [5]. Dans l'HTA aigue, l'augmentation rapide de la pression sanguine systémique entraîne par différents mécanismes, une rupture de la barrière hémato-rétinienne et des troubles circulatoires. Ces altérations seront responsables des hémorragies, des exsudats durs à disposition radiaire autour de la macula (étoile maculaire) mais également des œdèmes maculaire et papillaire. Cet œdème maculaire lorsqu'il est constitué, est responsable de la BAV brutale car il est de localisation fovéolaire [2].

Ces anomalies rétiniennees retrouvées à la clinique,

se traduisent à l'OCT par une désorganisation des couches internes, un épaississement rétinien et une accumulation de fluide sous rétinien correspondant au DSSR [2].

Le tabac, l'alcool, le diabète, l'HTA et la maladie rénale sont les principaux facteurs de risque de l'HTAM [4,6]. La maladie rénovasculaire est la cause secondaire la plus fréquente d'HTAM, et la rétinopathie hypertensive maligne évocatrice de la sévérité de cette néphropathie [1,2]. Chez nos patients, la RHM était secondaire à l'HTAM provoquée par une sténose de l'artère rénale (cas 1) et un kyste rénal cortical (cas 2).

Le traitement de l'HTAM consiste à baisser la pression sanguine de manière contrôlée, afin de minimiser les atteintes de certains organes cibles. En effet il est plus important de prévenir la progression des lésions des organes cibles, que de se préoccuper du niveau réel de la pression sanguine. C'est pourquoi il faut éviter un abaissement trop rapide de la PA car pouvant conduire à des lésions permanentes telle que l'ischémie de la tête du nerf optique responsable d'une BAV définitive et profonde. Cependant l'évolution après traitement de la rétinopathie hypertensive maligne est essentiellement favorable avec régression des signes oculaires [2].

Chez nos patients la baisse de la TA s'est faite progressivement permettant une régression des signes rétiens. Par ailleurs on notait la persistance d'un DSSR et d'exsudats qui avait une répercussion non négligeable sur la récupération visuelle totale. Cette baisse visuelle pourrait provenir des remaniements pigmentaires secondaires aux lésions exsudatives du pôle postérieur ou encore d'une atrophie optique liée à l'œdème papillaire prolongé [2].

Nos patients sont suivis en Néphrologie dans le cadre d'un traitement étiologique avec une surveillance cardiologique et ophtalmologique obligatoire afin d'éviter de nouvelles complications. En effet l'HTAM est une urgence diagnostique et thérapeutique et en l'absence de prise en charge adéquate, sa mortalité est estimée à 50% à deux mois et à 90% après un an [2,10].

CONCLUSION

La rétinopathie hypertensive maligne désigne l'atteinte des vaisseaux rétiens associés à un œdème papillaire secondaire à l'HTAM. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique. Il survient le plus souvent chez l'adulte jeune avec une prédominance masculine. L'atteinte rénovasculaire est l'un des principaux facteurs de risque associé à l'HTAM secondaire.

En l'absence d'antécédents particuliers, la recherche étiologique est d'une importance capitale car permettant un traitement spécifique et efficace.

La rétinopathie déjà installée, est d'évolution favorable et résolutive avec un traitement approprié.

Les lésions oculaires occasionnées, sont souvent révélatrices de la dégénérescence d'organes vitaux comme le rein ce qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire.

La prévention repose sur un dépistage précoce et une prise en charge adéquate des patients hypertendus avec un fond d'œil régulier.

RÉFÉRENCES

1-Aka J.A, Guei C.M, Konan S.D, Sery P. et al. Hypertension artérielle maligne en milieu néphrologique à Abidjan: à propos de 168 cas colligés au Service de Néphrologie-Médecine Interne du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville, PAN Afr Med J 2021; 38: 305.

2-Pournaras C.J. Pathologies vasculaires oculaires. Rapport Société Française d'Ophtalmologie, Paris, Masson, 2008 ; 12 : 317-41.

3-Samadoulougou A.K., Lengani A., Yameogo R. A., Millogo G. et al. L'hypertension artérielle maligne : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs dans le service de cardiologie du chu yalgado ouedraogo, Annales de l'Université de Ouagadougou - Série D, Juin 2009 ;7.

4-Sylla D., Kaké A., Diané B.F, Wann T.A, Sylla I.S. et al. Hypertension artérielle maligne : fréquence, aspects clinique et prise en charge. RAFMI 2019 ; 6 (1-2) :25-8.

5-Traore A., Camara M., Keita A.S, Camara T. et al. L'Hypertension Artérielle Maligne à l'Hôpital National Donka : profil épidémiologique, clinique et paraclinique health and science disease, 2023 ; 24 (6).

6-Yattara H., Samaké M., Fofana A.S, Simaga A., Touré A. et al. Prévalence et Complications de l'Hypertension Artérielle Maligne dans le service de Néphrologie du CHU du Point G XVIII. Health and science disease. 2021; 21(4).

7-Sow Ndiaye M.N, Wane A.M, Ka A.M, Dieng M., NDoye Roth P.A et al. Les lésions oculaires chez le patient mélanoderme atteint d'insuffisance rénale chronique. Mali Med. 2010; 25(4): 14-20.

8-Van den Born B.H, Koopmans R.P, Groeneveld J.O, Van Montfransa G.A. Ethnic disparities in the incidence, presentation and complications of malignant hypertension. Journal of Hypertension, 2006 ; 24(11): 2299-304.

9-A. Herbalnd, R. Lasserre, C. Minifie, P. Lemetayer et al. Hypertension artérielle maligne, évolution chez 42 patients. CHU Bordeaux, Archives des maladies du cœur et des vaisseaux, 2004 ; 97 (4) : 299 - 304.

10-Boni S, Yao K., Konan A.J, Ouffoué Y.G et al. Relation entre rétinopathie hypertensive et morbi-mortalité cardiovasculaire au service de néphrologie du chu de Yopougon. Service d'Ophtalmologie, CHU

de Treichville/ Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire) Revue SOAO, 2017, 02 : 43-7.

TABLEAU ET FIGURES

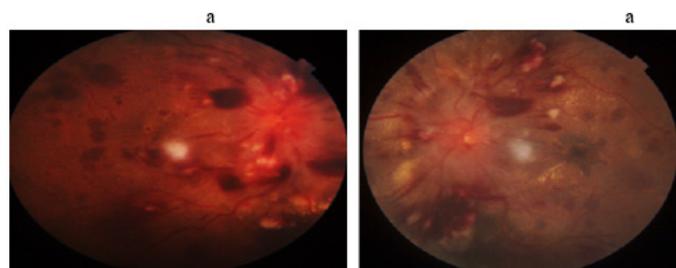


Figure 1 : Rétinophotographies (a) et clichés B-scan de l'OCT maculaire (b) des deux yeux du cas 1 montrant des hémorragies, des exsudats, un œdème papille, un début d'étoile maculaire et un décollement séreux sous rétinien.

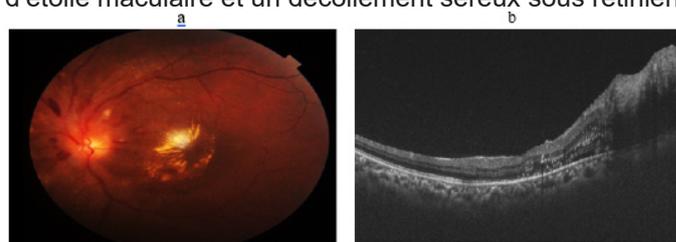


Figure 2 : Rétinophotographie (a) et Cliché B-scan de l'OCT maculaire (b) de l'œil gauche du cas 1 après traitement montrant une diminution des signes cliniques et tomographiques rétiniens.

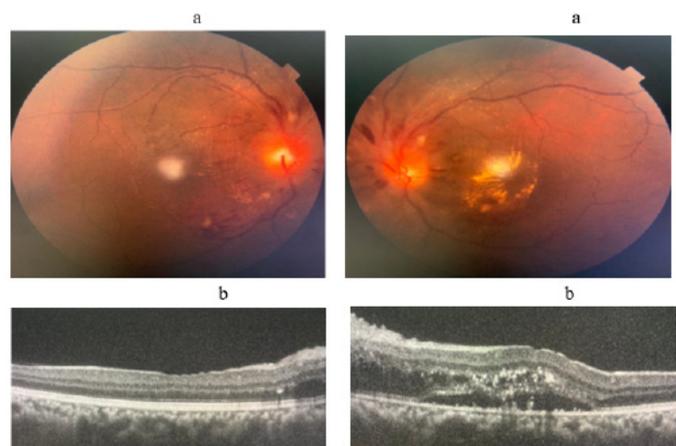


Figure 3 : Rétinophotographie (a) et clichés B-scan de l'OCT maculaire (b) des yeux du cas 2 montrant des hémorragies, des exsudats, un œdème papillaire, un début d'étoile maculaire et un décollement séreux sous rétinien.

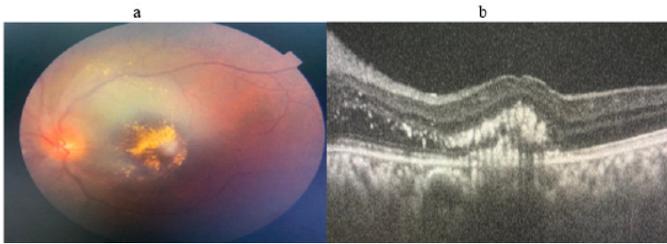


Figure 4 : Rétinophotographie (a) et cliché B-scan de l'OCT maculaire (b) de l'œil gauche du cas 2 après traitement avec désorganisation de la rétine interne (exsudats++)

Tableau I: Sex-ratio de l'HTAM selon les différentes séries

AUTEURS	SEX RATIO
AKA et al. [1]	1,54
Samadouloulougou et al [3]	2,7
Yattara et al [6]	2.5
Sylla et al [5]	1,95
Ndiaye Sow et al [7]	1,54