

Retinal Detachment and Preeclampsia: Case Presentation

Belhaj yassine ;F.abu mattar ;F. colibaly ;H.CHAARA ;S.JAYI ;FZ.FDILI ALAOUI ;Moulay abdelilah melhouf

Abstract: *Introduction: Preeclampsia is a serious and frequent pathology during pregnancy. It remains formidable due to its complications involving the maternal and or fetal prognosis, the ophthalmological complications are very little described. We report the case of bilateral retinal detachment in a 19-year-old parturient pregnant at 26 weeks. Observation: 19-year-old parturient, G2P0 consults for bilateral blindness of progressive installation with concomitant discovery of severe preeclampsia in front of a BP 19/12cmHg without other neurosensory signs, positive proteinuria with 3 crosses with substantially normal clinical examination. On the biological level anemia at 7g/dL and the rest of the balance sheet without anomaly, on the ultrasound level an MFIU without signs suggestive of a HRP. fundus examination found retinal detachment in the right eye from 11 a.m. to 2 a.m. with macula off without visible lesions in the left eye, total exudative retinal detachment with doubt on a macular hole; macula off. Uterine evacuation was decided, medical treatment was instituted with failure to trigger and persistence of hypertension despite well-conducted dual therapy, a cesarean section was performed. The evolution was marked by a gradual return of sight. Discussion: the ocular impact of preeclampsia is a sign of seriousness. Ophthalmological complications are less frequent and are most often preceded by visual disturbances such as blurred vision, diplopia, photophobia, reduced visual acuity, amaurosis phosphenes. These ophthalmological and especially retinal complications are mainly and in order of increasing severity: serous retinal detachment, cortical blindness, optic neuropathy. These complications are reversible after uterine evacuation. Our patient regained her sight the day after the caesarean section. Conclusion: retinal detachment is a serious complication of preeclampsia, it is reversible in the majority of cases after uterine evacuation, ophthalmological monitoring is necessary to assess the long-term impact.*

Keyword: retinal detachment ; preeclampsia

Décollement de rétine et pré éclampsie :cas de présentation

Belhaj yassine ;F.abu mattar ;F. colibaly ;H.CHAARA ;S.JAYI ;FZ.FDILI ALAOUI ;Moulay abdelilah melhouf

Résumé :

Introduction : la prééclampsie est une pathologie grave et fréquente au cours des grossesses. Elle reste redoutable de par ses complications engageant le pronostic maternel et ou foetal, les complications ophtalmologiques sont très peu décrites. Nous rapportons le cas d'un décollement rétinien bilatéral chez une parturiente de 19ans enceinte à 26SA.

Observation : parturiente de 19 ans, G2P0 consulte pour cécité bilatérale d'installation progressive avec découverte concomitamment d'une prééclampsie sévère devant une TA 19/12cmHg sans autres signes neurosensoriel, protéinurie positive à 3 croix avec examen clinique sensiblement normal. Sur le plan biologique une anémie à 7g/dL et le reste du bilan sans anomalie, sur le plan échographique une MFIU sans signes évocateurs d'un HRP. l examen au fond d œil trouve au niveau de l œil droit un décollement de rétine de 11h à 2h avec macula off sans lésions visibles au niveau de l'œil gauche un décollement de rétine totale exsudatif avec doute sur un trou maculaire ; macula off.L'évacuation utérine a été décidée, un traitement médical a été institué avec échec de déclenchement et persistance d'une HTA malgré une bithérapie bien conduite, une césarienne a été réalisée. L'évolution a été marquée par un retour progressif de la vue.

Discussion : le retentissement oculaire de la prééclampsie est un signe de gravité, Les complications ophtalmologiques sont moins fréquentes et sont précède le plus souvent par des troubles visuels a type de vision floue, diplopie, photophobie, baisse de l'acuité visuelle, Amaurose phosphènes. Ces complications ophtalmologiques et surtout rétinienne sont principalement et par ordre de gravité croissante :le décollement séreux rétinien, la cécité corticale, la neuropathie optique . Ces complications sont réversibles après une évacuation utérine. Notre patiente a recouvré la vu le lendemain de la césarienne.

Conclusion :le décollement rétinien est une complication grave de la prééclampsie, elle est réversible dans la majorité des cas après évacuation utérine, une surveillance ophtalmologique est nécessaire afin d'évaluer le retentissement à long terme.

Introduction :

La pré éclampsie est définie par l'association d'une hypertension artérielle gravidique contrôlée dans l'heure qui suit et reprise une nouvelle fois à au moins 1 heure d'intervalle. La tension doit être prise au repos en position de décubitus latéral gauche ou en position assise et d'une protéinurie supérieure à 0.30 g/24h chez une femme à partir de 20 semaines d'aménorrhée.

La découverte de cette association impose l'hospitalisation pour évaluer la sévérité de la PE et distinguer entre pré éclampsie modéré et pré éclampsie sévère en cherchant les critères de sévérité suivants :

Critères cliniques de pré éclampsie sévère :

- TA systolique > 160 mm Hg
- TA diastolique > 110 mm Hg
- OAP
- Céphalées typiquement occipitales
- Troubles visuels ou auditifs (flou, phosphènes, acouphènes)
- Hyper réflectivité ostéo-tendineuse
- Convulsions
- Urines hématuriques ou porto (hémoglobinurie)
- Oligurie (< 20 ml/h ou 500 ml/24 h)
- Vomissements
- Barre épigastrique
- Douleur hypocondre droit à irradiation lombaire
- Métrorragies
- Contracture utérine
- HRP

b) Critères biologiques de pré éclampsie sévère :

- créatininémie > 100 µmol/l
- protéinurie > 3 g/j
- uricémie > 450 µmol/l
- transaminases à 10 fois la normale
- Thrombopénie < 50000 plaquettes/mm³
- LDH élevé
- Présence de schizocytes
- Anomalie de l'hémostase (TP, TCA, D-dimères)

c) Critères para cliniques de pré éclampsie sévère :

→ Echographie fœtal :

• RCIU sévère < au 5ème percentile

• Oligoamnios

• Doppler ombilical pathologique avec flux diastolique nul ou reverse flow

→ Anomalie du RCF

La présence des troubles visuels comme les autres critères de gravité définit une pré éclampsie sévère et impose une surveillance strict pour diagnostiquer toutes complications du pré éclampsie qui sont principalement : l'éclampsie le hellep syndrome l'oap et l'IR.

Les complications ophtalmologiques sont moins fréquentes et sont précédées le plus souvent par des troubles visuels à type de -Vision floue -Diplopie -Photophobie -Baisse de l'acuité visuelle --Amaurose -Phosphènes

Ces complications ophtalmologiques et surtout rétinienne sont principalement et par ordre de gravité croissante :

- le décollement séreux rétinien

- la cécité corticale,

- la neuropathie optique

Nous rapportons le cas d'une patiente qui a présenté un décollement séreux rétinien à 26 semaines d'aménorrhée compliquant une preeclampsie

Observation médicale :

Identité : madame sanae boukanoucha âgé de 19 ans OH Fès Femme Au Foyer marie depuis 18 mois

Référé de chez son gynécologue privé pour je cite pré éclampsie sévère complique de cécité bilatérale et mfiu à l'échographie

ANTECEDANTS : médicochirurgicaux : sans particularité pas de diabète ni d hta

Gyneco-obstetricaux : menarche a l'Age de 12 ans cycle régulier

G2P0 :

G1 : FCS NON CUERETE

G2 : la grossesse actuelle estimé à 26SA selon DDR précise le 19/10/17 de déroulement normal bien suivi chez son gynécologue privé jusqu'à 4 jours avant la garde du 24.04.18 ou la parturiente a présenté une baisse d'acuité visuelle brutale aigue sans signes associé notamment sans céphalées ou autres SNS d hta . cette BAV a été banalisé par la patiente et sa famille causant un retard de consultation jusqu'à 4 jours plus tard soit le 24.04.18 ou la parturiente s'est aggravé évoluant vers une cécité bilatérale motivant sa consultation chez son gynécologue qui a trouvé chez elle des chiffres tensionnels élevés à 17/12 et UNE Grossesse Mono Fœtale Non Evolutive à l'échographie puis lui a référé chez un ophtalmologue privé qui a diagnostiqué chez elle un décollement séreux rétinien bilatéral puis la patiente a été référée à notre formation au CHU Hassan 2 de Fes pour complément de prise en charge

L'examen à l'admission :trouvé

Sur le plan général : une patiente consciente avec une TA à 16/11 labstix positif à 3 croix

FC à 80bpm FR normale avec une acuité visuelle effondrée la patiente n'arrive pas à distinguer les mouvements des doigts en face de ses yeux

L'examen obstétrical trouve une HU à 26 cm BCF non perçu tv non fait chez une parturiente en dehors de travail pas de métrorragies ni hydrorrhée

L'examen abdominale trouve un abdomen souple notamment pas de contracture ou contraction utérine chez une patiente en dehors de menace

L'examen pleuropulmonaire ne trouve pas de signes de surcharge

L'examen neurologique ne trouve pas de déficit neurologique avec des ROT non vifs

Notre CAT était la réalisation d'une échographie obstétricale objectivant une GMFNE avec signes de mort ancienne notamment le chevauchement des os du crâne

d'hospitaliser la patiente

De la mettre en condition : VVP

sondage vésicale ramenant 200cc

lancer un Bilan de prééclampsie revenu avec une anémie à 7 et une thrombopénie à 83000 spot urinaire positif sinon le reste du bilan était normale

Administration d'un seul cc de loxén

Réalisation d'un avis ophtalmologique immédiat objectivant une acuité visuelle à mouvement des doigts. L'examen du segment antérieur est sans particularité.

L'examen au fond d'œil trouve au niveau de l'œil droit un décollement de rétine de 11h à 2h avec macula off sans lésions visibles

au niveau de l'œil gauche un décollement de rétine totale exsudatif avec doute sur un trou maculaire ; macula off

Les ophtalmologues ont indiqué un traitement étiologique en normalisant les chiffres tensionnels avec extraction par voie basse sans aucune contre-indication à la pose de misoprostol

Mise de la patiente sous bithérapie aldomet loxén en concertation avec le réanimateur de garde

Transfusion par deux culots globulaires AB+ et 3 culots plaquettaire

Pose de misoprostol selon le protocole d'OMS 1cp/4H à partir de 19.45min

La patiente a gardé le même constat jusqu'à 7h matin avant l'heure du 4^{ème} pose où elle a centralisé son col avec une dilatation à un doigt

Vers 9H matin la patiente a été mise sous activation par oxytocine jusqu'à 12 gouttes par min

Un bilan de contrôle revenu normale avec un taux d'hémoglobine à 15 et de plaquettes à 175000

la patiente a été réévaluée gardant le même constat au Toucher Vaginal et de la décision d'une Voie Haute pour échec d'activation

Patiente au bloc op

Sous RA

Incision type pfan

OPPP

Découverte d'une ascite de faible abondance

Hystérotomie corporelle

Extraction d'un mort fœtale in utero de sexe masculin macère avec chevauchement des os du crâne

Fermeture plan par plan

En fin d'acte patiente stable avec une TA à 12/7

Diurèse conservée saignement minime

Patiente transférée en réanimation pour surveillance tensionnelle

Durant son séjour elle n'a pas fait de pic hypertensif avec une diurèse conservée ou la décision de la retransférer dans notre service

Une nette amélioration de son acuité visuelle a été observée lors d'un contrôle à l'hôpital d'ophtalmologie a objectivé une récupération à 6/10 d'acuité visuelle de l'œil gauche et 10/10 de l'œil droit 72h après l'extraction fœtale

La patiente a été déclarée sortante à j7 après normalisation des chiffres tensionnels sous aldomet 500mg 3fois /jour avec un contrôle chaque semaine

À j15 d'extraction la patiente a été vue à l'hôpital du jour avec des chiffres de tension artérielle normaux et une récupération totale de l'acuité visuelle au niveau des deux yeux

DISCUSSION :

La rareté de cette complication par rapport aux autres complications fait que les études à propos d'elle sont aussi rares

La comparaison de notre patiente avec d'autres cas cherche surtout à répondre à deux interrogations :

- est-ce que le tableau clinique initial peut nous orienter vers la possibilité de survenue d'un DSR

- est-ce qu'il y a un traitement curatif ou la résolution spontanée après traitement étiologique reste la règle

Un article publié dans le journal sciences direct par dr R. Hage et ses collègues(1)_ rapporte les données de 3 patientes présentant un DSR lors d'une prééclampsie

La première patiente de 22 ans primipare avec pour seul antécédent un trait drépanocytaire AS a été transférée dans le service de grossesses pathologiques du CHU de Fort-de-France pour la prise en charge d'une pré-éclampsie au cours de la 27e SA. À l'admission, la patiente était asymptomatique. Un traitement anti-hypertenseur per os associé à une simple surveillance clinico-biologique ont été entrepris. Deux jours plus tard, elle présenta de façon brutale un œdème des membres inférieurs et une ascite. Une prise de 3 kg en 24 heures a été enregistrée et la protéinurie des 24 heures mesurée à 9,28 g. Parallèlement, les chiffres tensionnels se majorèrent pour atteindre 160/100 mmHg. Une bonne tolérance clinique à la fois de la mère et du fœtus ainsi que la normalité du bilan biologique justifiaient la mise en place d'une bithérapie anti-hypertensive intraveineuse et la poursuite de la surveillance. Le surlendemain, au réveil, alors que les œdèmes avaient progressé, elle se plaignait de troubles visuels bilatéraux à type de vision floue et de photopsies. L'examen ophtalmologique réalisé en urgence retrouva un effondrement de l'acuité visuelle qui plafonnait à 1/20e de façon bilatérale. Les segments antérieurs étaient sans anomalie. Les réflexes photomoteurs étaient conservés et le tonus oculaire mesuré à 14 aux deux yeux. Après dilatation au tropicamide, l'examen des fonds d'yeux mettait en évidence un large DSR des deux pôles postérieurs. Un meilleur contrôle tensionnel fut préconisé et un examen de contrôle prévu le lendemain. Cependant, la majoration de la rétention hydrosodée et l'apparition d'une thrombopénie à 99 000 plaquettes/mm³ le lendemain de la consultation justifia la réalisation d'une césarienne en urgence. Les suites de couches ont été marquées par la persistance d'une TA élevée et la survenue d'une anémie hémolytique et d'une cytolyse hépatique à cinq fois la normale trois jours plus tard. Un HELLP syndrome associant hémolyse, cytolysé hépatique et thrombopénie fut diagnostiqué. Parallèlement, la patiente rapportait une aggravation de sa

baisse d'acuité visuelle. Le fond d'œil (FO) mettait alors en évidence un décollement bulleux supérieur majeur, mobile de l'œil droit allant jusqu'à recouvrir le pôle postérieur. À l'œil gauche, il existait également un décollement bulleux mais inférieur. Les maculae étaient toujours soulevées de la même manière. À l'examen au verre à trois miroirs, on retrouvait quelques zones de rétine amincies sans déchirure.

Dix jours après l'accouchement, l'acuité de l'œil droit était remontée à 3/10e et le pôle postérieur à plat. À gauche, le décollement maculaire persistait mais avait tout de même diminué. Deux mois plus tard, la patiente récupérait une acuité de 10/10e aux deux yeux sans correction et le FO était sans anomalie. L'OCT de contrôle était strictement normal.

La deuxième de 30 ans, primipare 27 SA, sans antécédent, consulta en urgences pour douleurs pelviennes. Sa TA était mesurée à 160/110. L'examen clinique était par ailleurs sans anomalie. Le bilan biologique mettait en évidence une anémie isolée à 9,8 g/dL. Le diagnostic de pré-éclampsie a donc été posé et la patiente hospitalisée. Au troisième jour, alors que les chiffres tensionnels demeuraient élevés (TA aux alentours de 150/95 mmHg), elle se plaignit d'une baisse d'acuité visuelle gauche et d'un voile en vision centrale. L'apparition d'une thrombopénie à 84 000G/L posa l'indication d'une extraction fœtale en urgence par césarienne. Devant la persistance des signes fonctionnels oculaires, la patiente est adressée à la consultation ophtalmologique le surlendemain de son accouchement. L'examen retrouva une acuité visuelle sans correction droite de 10/10 et gauche de 6/10 non améliorable, des segments antérieurs normaux, des réflexes photomoteurs conservés et un tonus oculaire à 10 mmHg de façon bilatérale. Après dilatation au tropicamide, le fond d'œil gauche révéla un DSR maculaire. Une OCT est alors réalisée confirmant le DSR maculaire gauche sans DEP. L'angiographie ne mit pas en évidence de point de fuite. L'abstention thérapeutique fut là aussi décidée et un suivi rapproché institué. Les suites de couches ont été marquées par une normalisation des chiffres tensionnels et des plaquettes. Les valeurs des transaminases ont été particulièrement fluctuantes aussi bien avant qu'après l'accouchement mais l'augmentation n'a pas été assez significative pour pouvoir parler de syndrome HELLP. Au contrôle ophtalmologique à deux mois, l'acuité visuelle gauche de la patiente remontait à 9/10, le DSR n'était plus visible sur le fond d'œil et l'OCT était normale.

La troisième de 33 ans, ayant pour antécédent un rhumatisme articulaire aigu, a été hospitalisée dans le service de grossesses pathologiques suite à un diagnostic de pré-éclampsie posé lors d'une consultation prénatale systématique. La TA était de 161/98 mmHg à 26 SA. La patiente était asymptomatique lors de son hospitalisation. La biologie montrait une anémie à 10,5 g/dL sans autres anomalies. Au 25e jour d'hospitalisation, alors que la TA était à 160/100 mmHg, le bilan biologique montra une hémoglobine à 12,1 g/dL et une thrombopénie à 103 000G/L nécessitant une extraction fœtale en urgence par césarienne. Le lendemain, la patiente ressentit une baisse d'acuité visuelle de son œil droit motivant une consultation ophtalmologique en urgence. Lors de cette consultation, l'acuité visuelle sans correction était de 10/10e de façon bilatérale, les segments antérieurs normaux ainsi que les réflexes photomoteurs. Le tonus oculaire était de 12 mmHg des deux côtés. Les fonds d'yeux révélaient un aspect bilatéral en relief au niveau des pôles postérieurs faisant suspecter un DSR bilatéral confirmé par l'OCT. L'angiographie pratiquée ensuite ne montra pas de point de fuite au niveau des DSR. Une abstention thérapeutique fut là aussi décidée et un suivi planifié. La TA et le bilan biologique se normalisèrent en suites de couches (hémoglobine à 12 g/dL et plaquettes à 154 000G/L à j4 du post-partum). Par ailleurs, là encore malgré une fluctuation de la valeur des enzymes hépatiques, leur augmentation n'a pas été assez importante pour permettre de poser le diagnostic de syndrome HELLP. Au contrôle ophtalmologique à un mois, l'acuité visuelle était toujours de 10/10e des deux côtés, les fonds d'yeux et l'OCT ne montraient plus de DSR.

Notre patiente rejoint la première patiente dans la gravité initiale du bilan biologique et dans l'installation du DSR dans un contexte de hellp syndrome alors qu'elle rejoint les 3 patientes dans le tableau ophtalmologique : un DSR exsudatif ce qui renforce la physiopathologie de ce décollement qui est fort probablement due à une hyperperméabilité des capillaires choroïdiens entraînant une accumulation de liquide sous l'EP et sous la rétine.

Chez notre malade comme les 3 observés dans l'étude de DR R. Hage et ses collègues les patientes ont bénéficié d'un traitement étiologique : extraction fœtale et antihypertenseurs avec une amélioration de l'acuité dans deux semaines en moyenne

Or le DSR lors d'une prééclampsie reste une pathologie grave mais de pronostic favorable en présence d'une surveillance stricte et d'un traitement étiologique à temps.

Conclusion : le décollement rétinien est une complication grave de la prééclampsie, elle est réversible dans la majorité des cas après évacuation utérine, une surveillance ophtalmologique est nécessaire afin d'évaluer le retentissement à long terme.

Référence :

- (1) R. Hage et al, Décollement de rétine et **prééclampsie** : à propos de trois cas