



Table ronde en DUO

Rétine et hypertension artérielle

Pr C Creuzot-Garcher (Ophtalmologiste, Dijon)

Pr P Fesler (Interniste, Montpellier)

Pr M Paques (Ophtalmologiste, Paris)

Pr Piot (Cardiologue, Montpellier)

S Allieu, S Navarre, C Rohart
Pôle rétiné, Clinique Beau Soleil





Introduction

- HTA = première maladie chronique dans le monde
- Un des principaux facteurs de risque vasculaire
- Les bénéfices de la baisse de la pression artérielle (PA) chez le patient hypertendu ont été démontrés (diminution du risque CV, diminution de l'IRC)
- Intérêt du FO : accès facile, seule fenêtre directe de la morphologie des vaisseaux
=>reflet de la microvascularisation



Définition

L'HTA est définie de manière consensuelle comme une **PA $\geq$ 140/90 mmHg** mesurée en consultation et persistant dans le temps



Quid des classifications en ophtalmologie

Quizz



Ce patient présente des lésions :

1. D'artériosclérose
2. De rétinopathie hypertensive
3. FO normal





Quizz

Ce patient présente des lésions :

- 28 % 1. D'artériosclérose
- 42 % 2. De rétinopathie hypertensive
- 30 % 3. FO normal

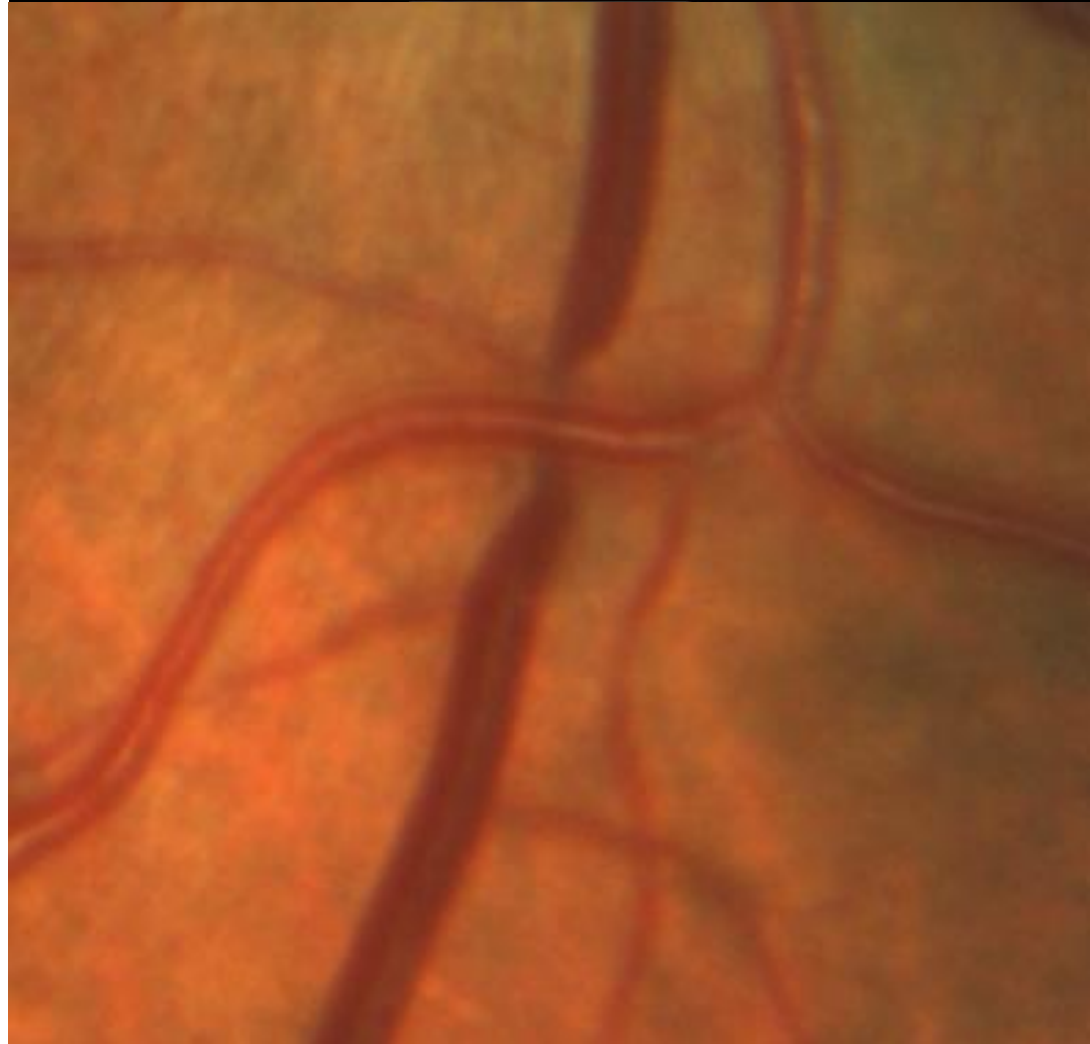




Quizz

Ce patient présente des lésions :

1. D'artériosclérose
2. De rétinopathie hypertensive
3. FO normal





Les classifications – Sondage

De nombreuses classifications existent (Kirkendall, Hogan, Wong and Mitchell, Keith-Wagner...)

En pratique vous utilisez ces classifications :

- | | |
|------|----------------------|
| 20 % | 1. Souvent |
| 32 % | 2. Jamais |
| 28 % | 3. Occasionnellement |
| 20 % | 4. Toujours |



Questions aux orateurs

Dans **votre pratique**,
utilisez vous des
classifications ?
Si oui laquelle ?
Et comment
classeriez-vous ce
FO ?



23/07/2015 10:40:45.2





Classification de Kirkendall

	Retinopathie hypertensive	Lésions d'artériosclérose
Stade I	Rétrécissement artériel sévère et diffus	Signe du croisement artérioveineux
Stade II	St I + hgies et nodules cotonneux	St I + rétrécissement artériolaire localisé
Stade III	St II + oedème papillaire	St II + occlusions veineuses et engainements vasculaires

Intérêt : différencie les lésions d'artériosclérose et de rétinopathie hypertensive



Classification de Wong and Mitchell

	stade	Risque d'AVC à 3 ans
Stade I	Signes du croisement AV et/ou rétrécissement focaux de la lumière vasculaire	1.5 %
Stade II	Hgies et/ou nodules cotonneux	4 %
Stade III	Oedème papillaire	6 %

Intérêt : valeur pronostique +++



HTA et FO

Questions aux ophtalmologistes

Les progrès de l'imagerie rétinienne laissent espérer la possibilité de voir directement la paroi artérielle, en particulier avec **l'optique adaptative**

=> Pouvez vous nous apporter des précisions sur ces nouvelles méthodes et sur leurs intérêts, notamment dans l'évaluation du risque cardiovasculaire ?





Quizz

**D'après la société de cardiologie et d'HTA,
l'examen du FO s'impose dans les cas suivants :**

- 74 % 1. HTA sévère ou maligne
- 76 % 2. Baisse d'acuité visuelle chez un patient hypertendu
- 78 % 3. Chez un patient diabétique hypertendu équilibré
- 72 % 4. Chez un patient hypertendu équilibré
- 64 % 5. Dans l'évaluation du risque cardiovasculaire



Dans les recommandations de la Société européenne de cardiologie et d'HTA de 2007

L'examen du fond d'œil s'impose en cas :

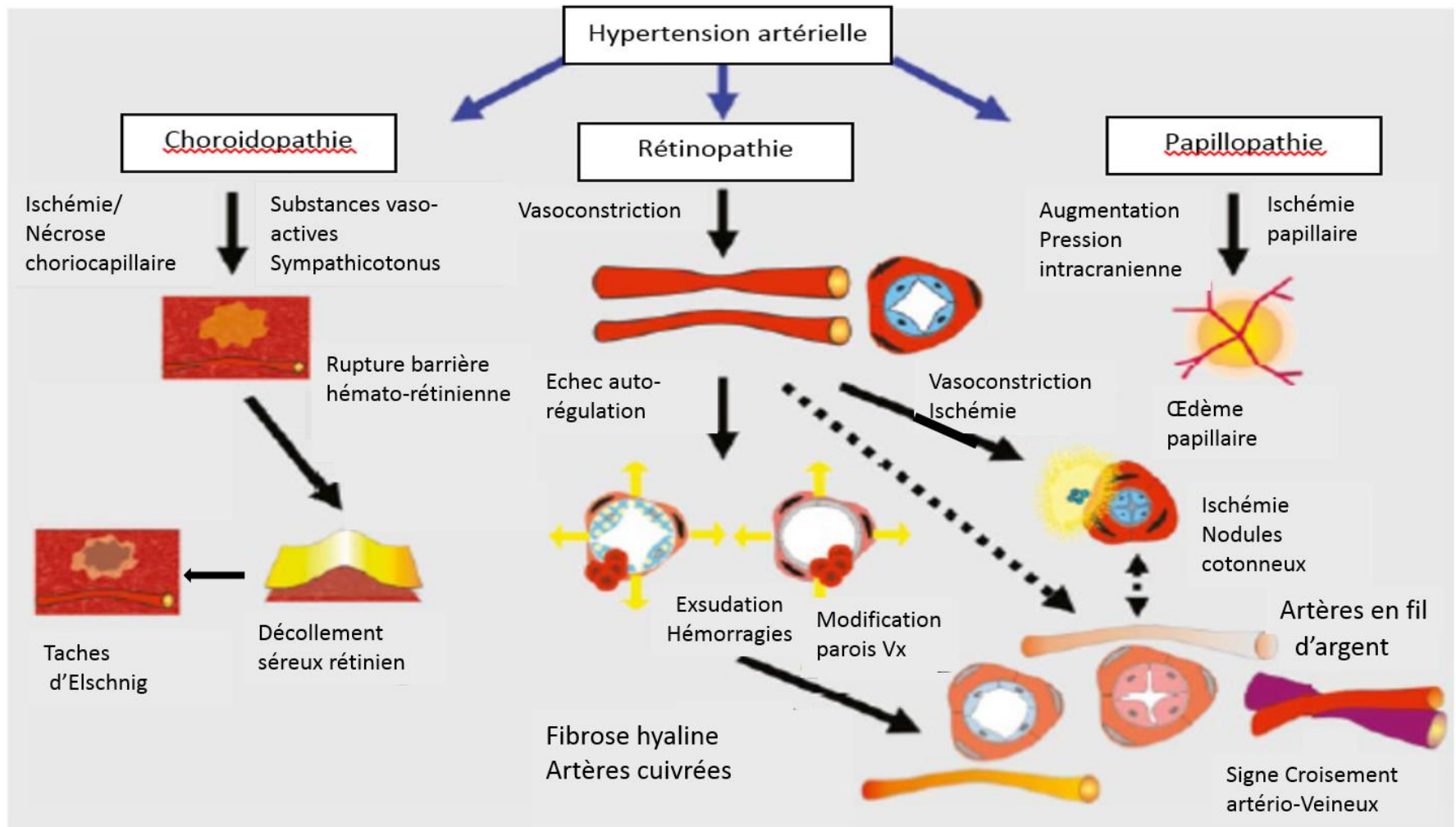
- HTA **sévère** récemment diagnostiquée pour rechercher une rétinopathie hypertensive **maligne** (pronostic vital)
- **BAV** chez un patient hypertendu pour rechercher une complication ophtalmologique (OVR, macroanévrisme)
- Patient **diabétique** hypertendu (au moins un examen annuel) pour chercher une rétinopathie diabétique associée.

En revanche, il n'y a plus lieu d'examiner systématiquement le fond d'œil dans l'hypertension artérielle non compliquée et bien équilibrée.





Atteintes du fond d'œil dans l'HTA

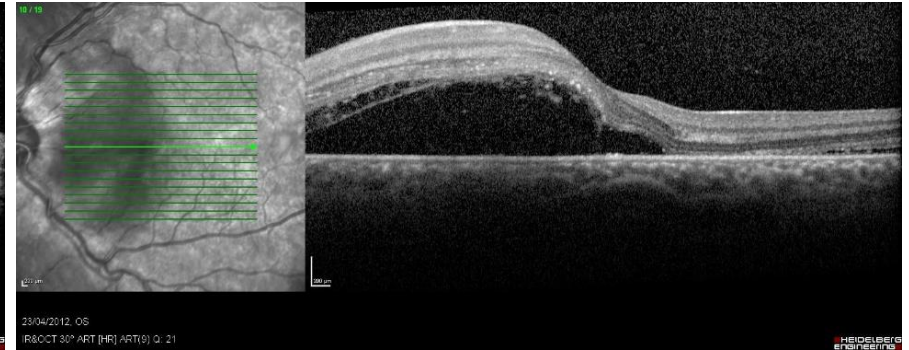
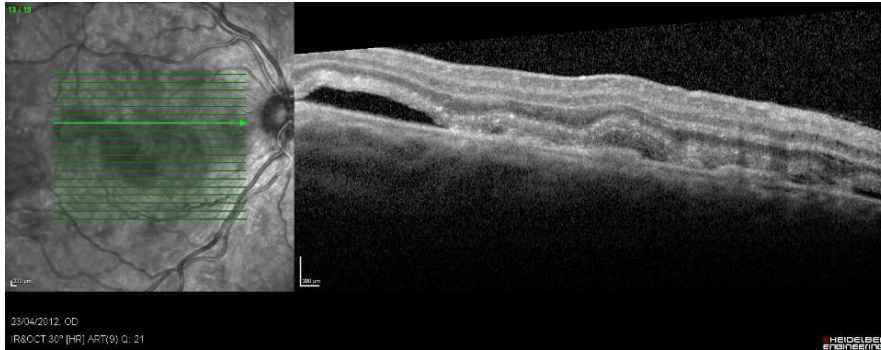




Cas clinique

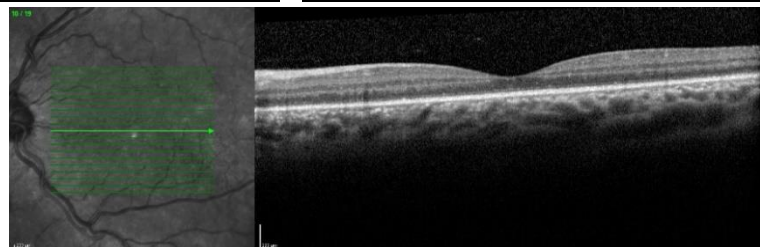
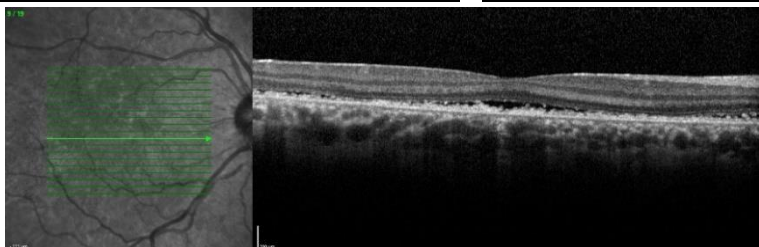
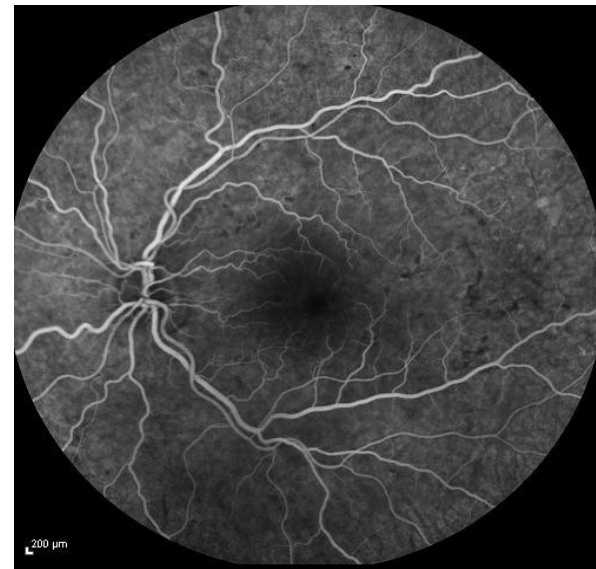
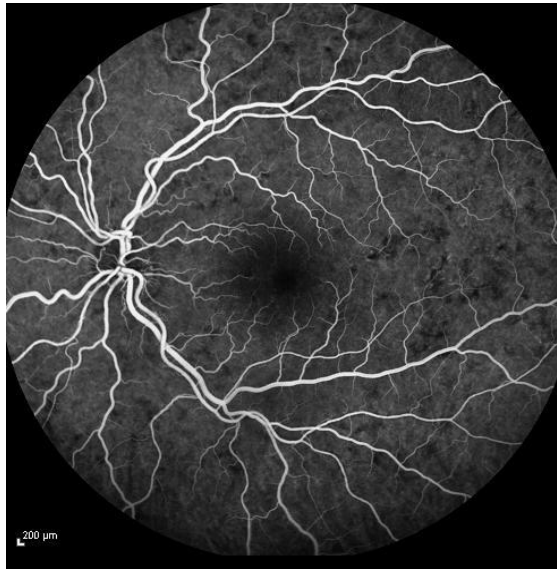
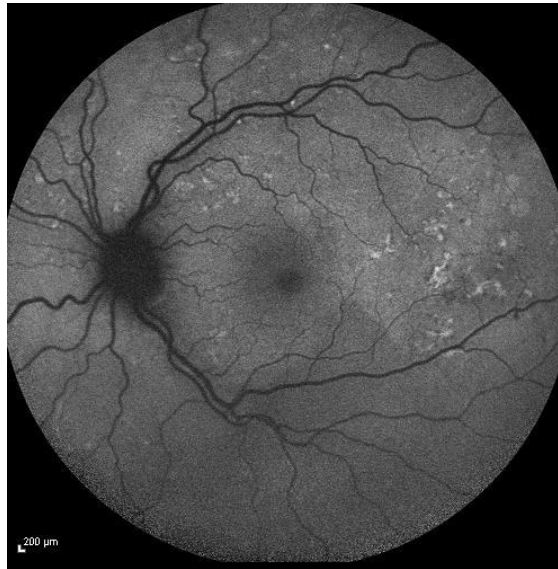
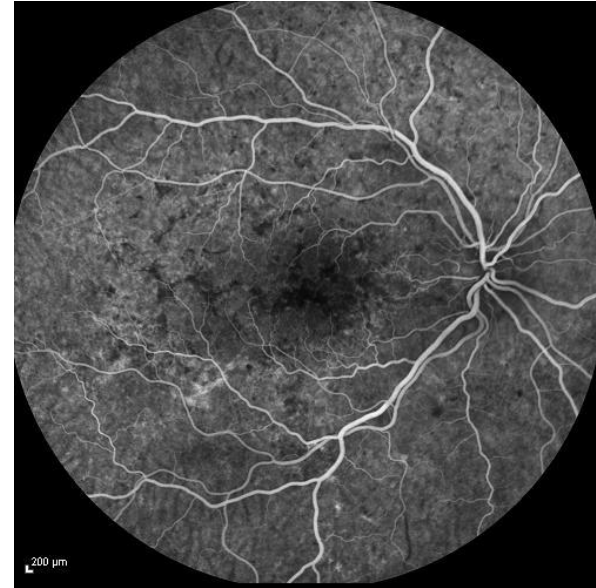
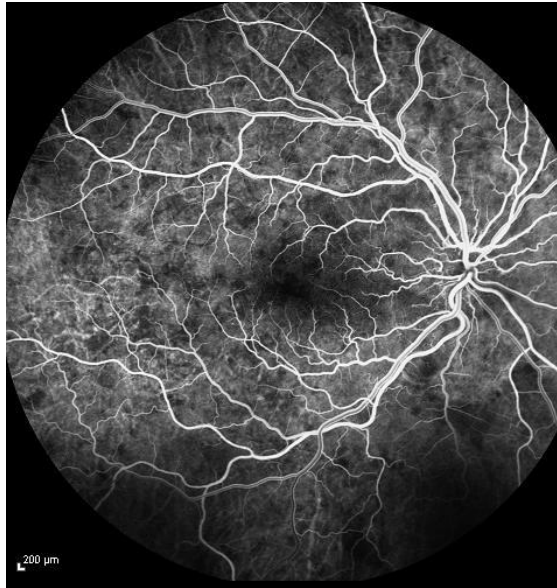
Patiente de 35 ans

Primipare, hospitalisée pour pré-éclampsie



Choroïdopathie hypertensive au premier plan
Quelle est la physiopathologie de cette atteinte ?

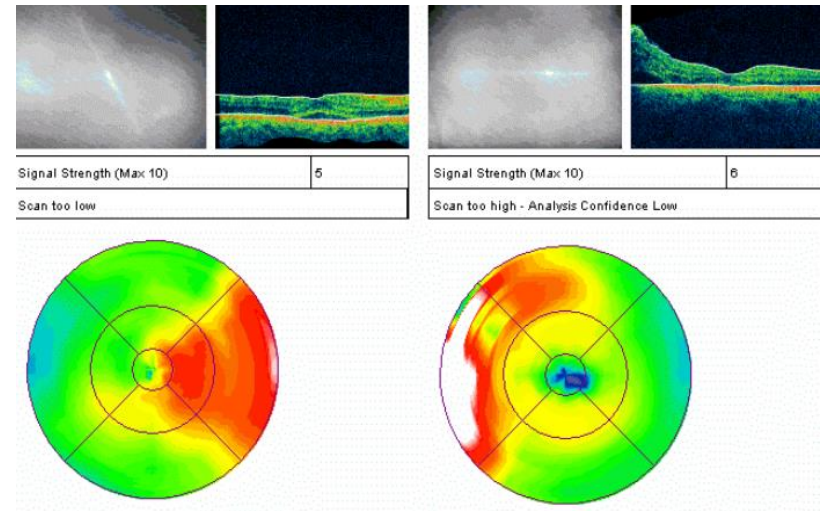






Cas clinique

Homme 51 ans
Baisse d'acuité visuelle
bilatérale progressive
depuis 3 mois
ATCD tabagisme actif



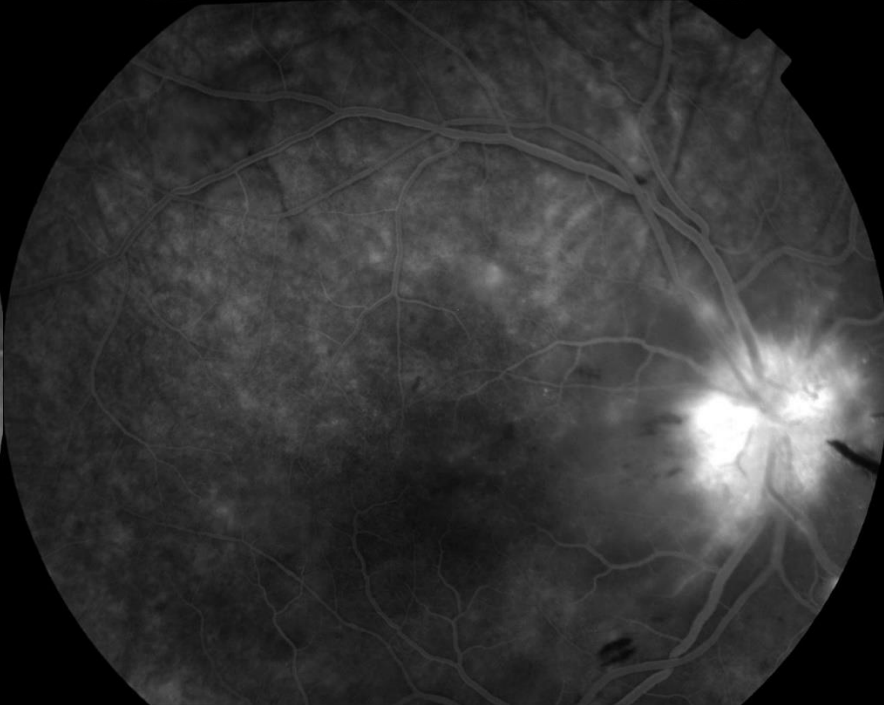
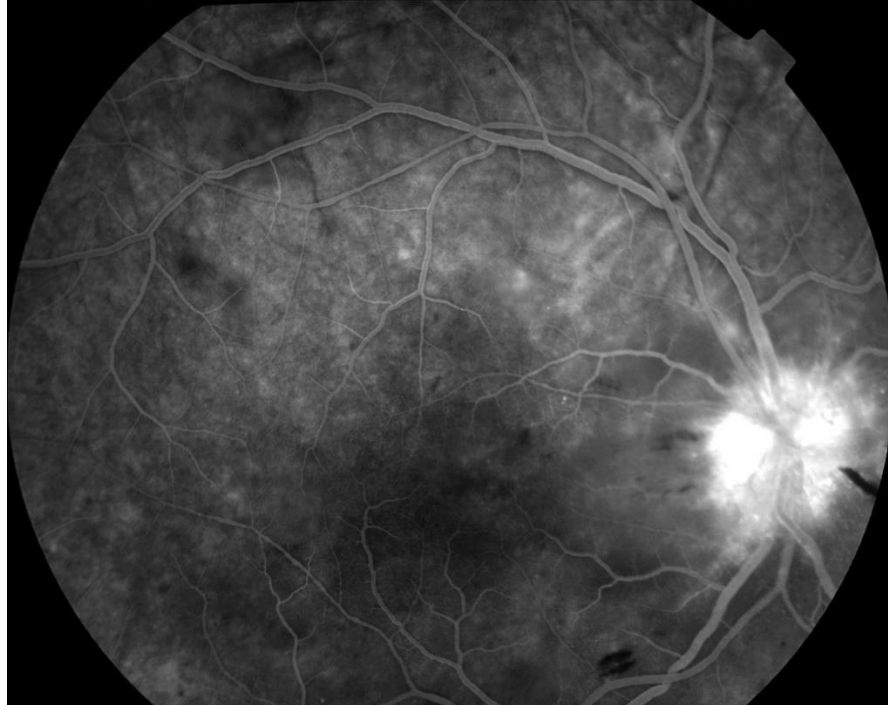
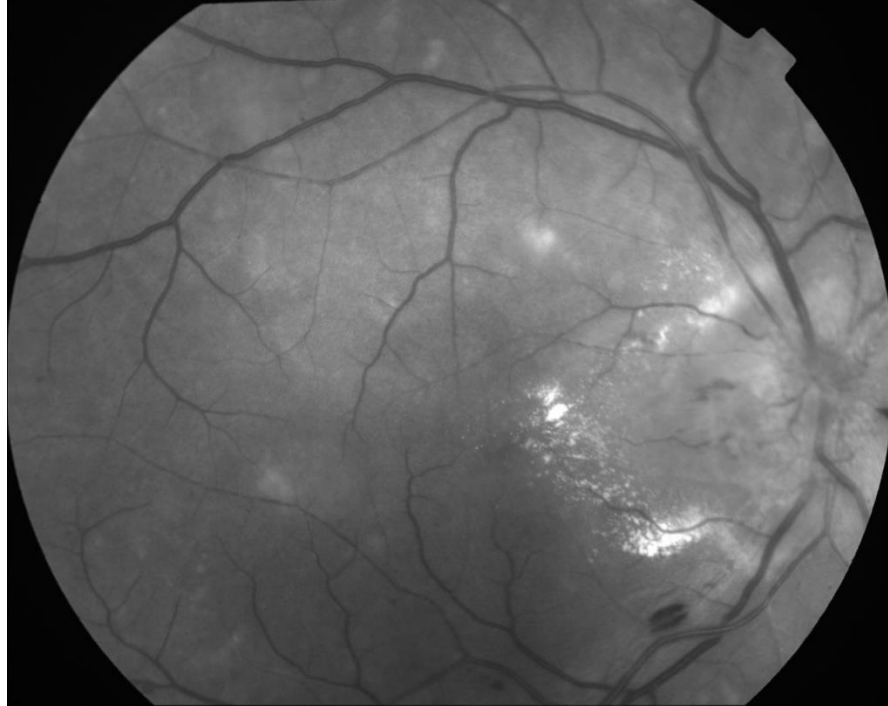
Courtoisie Dr C Schneider CHRU Montpellier

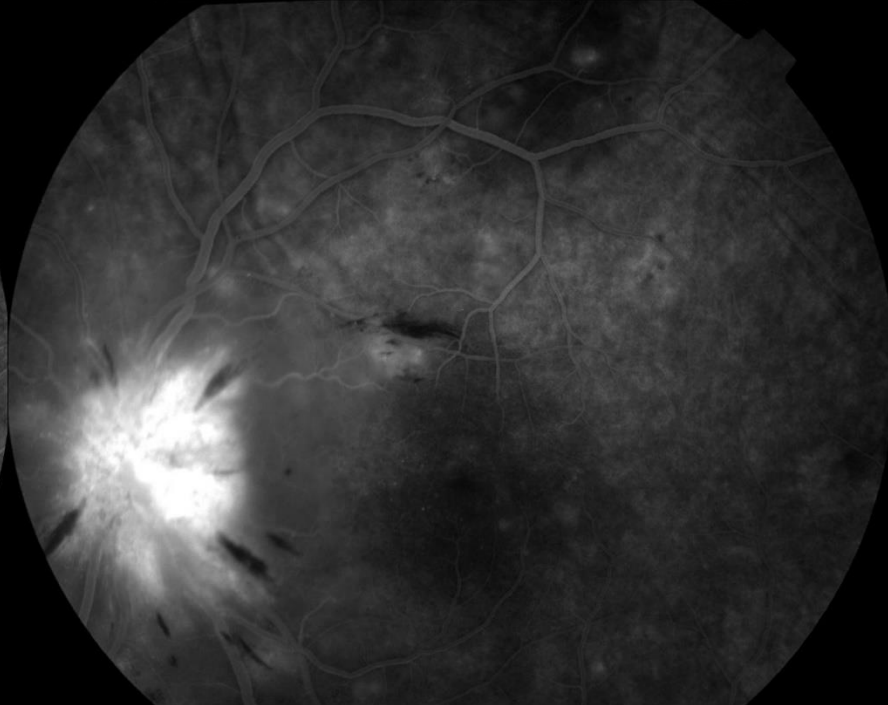
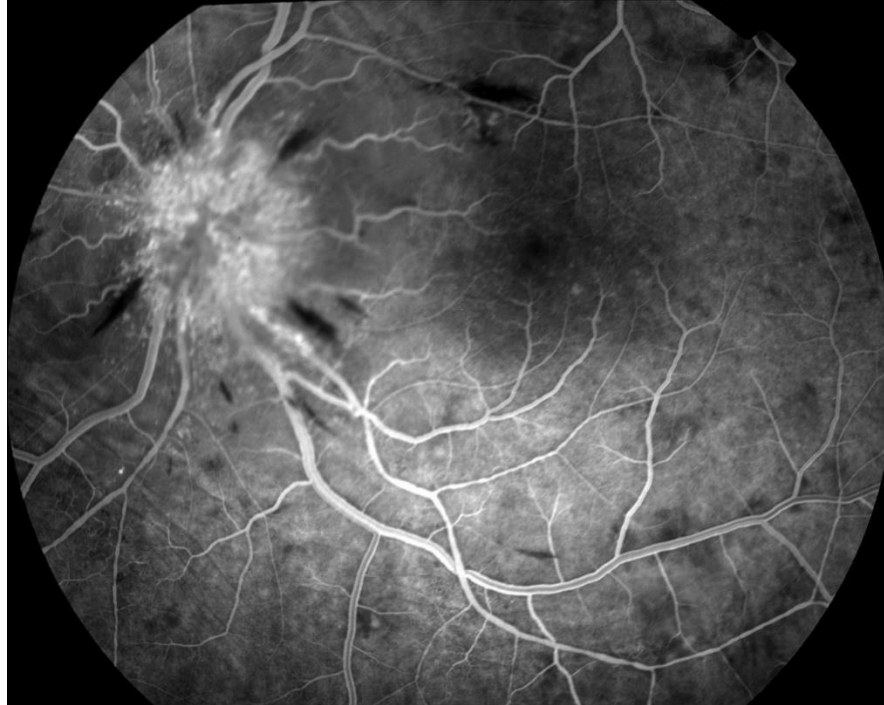
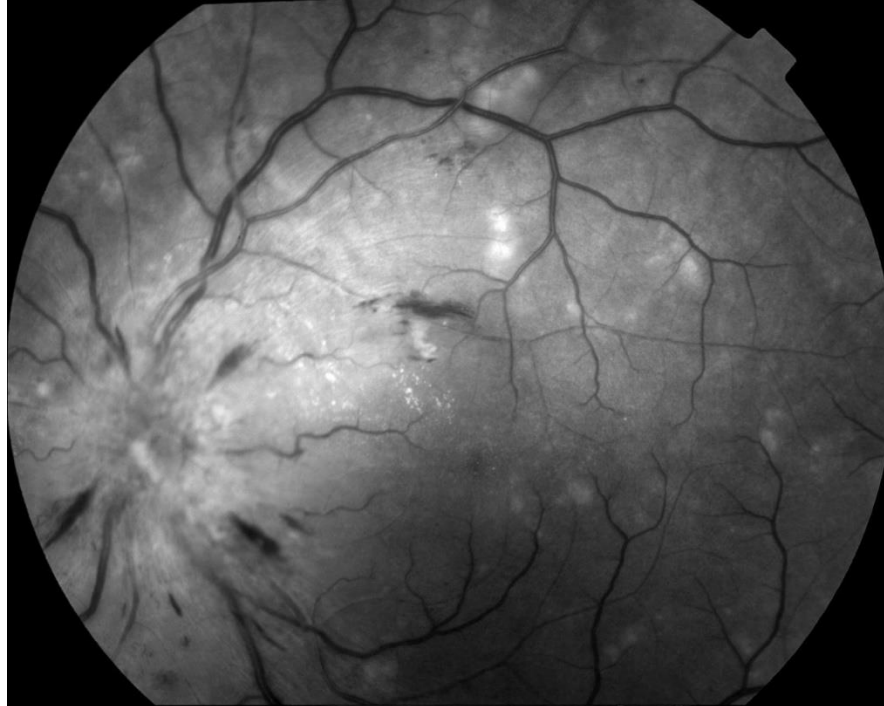
1/20 P14

2/10 P8

TA 250/140

HTA maligne Hospitalisation en urgence







Questions aux orateurs

Quelle est la définition de l'HTA maligne ?

Quels sont les principes du ttt de l'HTA maligne ?





Quizz

A propos de l'HTA maligne :

- 52 % 1. Peut fréquemment être révélée par des manifestations ophtalmologiques
- 54 % 2. Est plus fréquente chez l'homme
- 48 % 3. Ne complique que les HTA secondaires
- 56 % 4. Aboutit fréquemment au décès en l'absence de traitement

1/20 P14



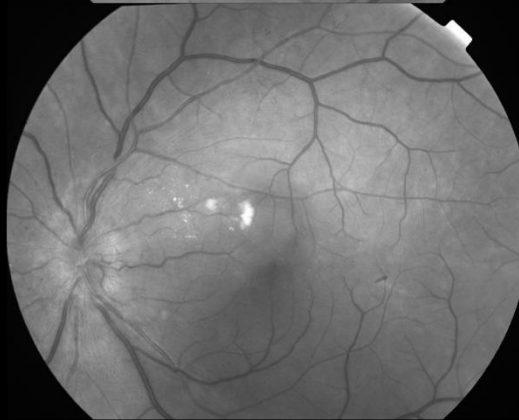
2/10 P8



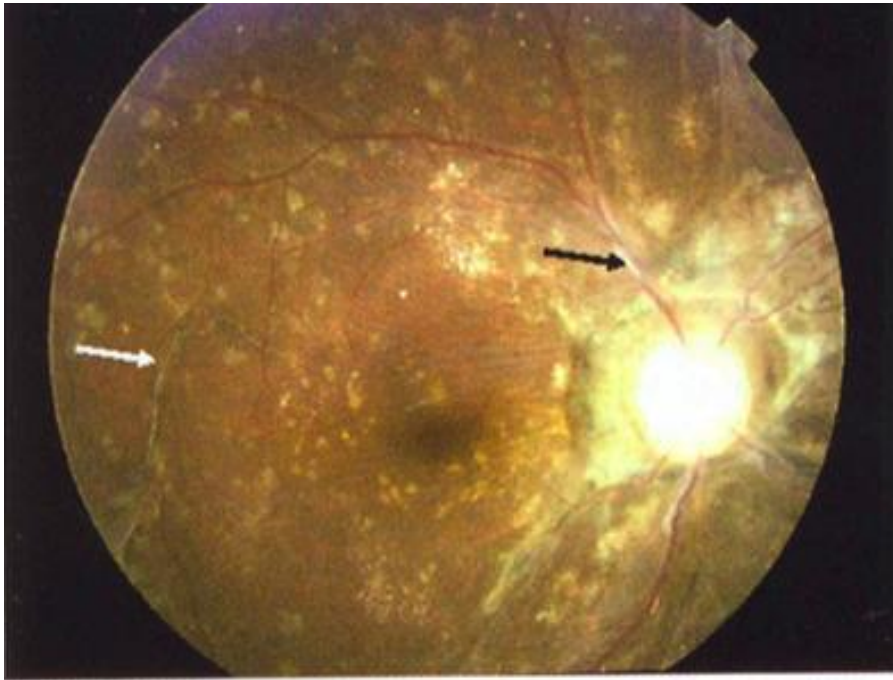
10/10 P2



10/10 P2

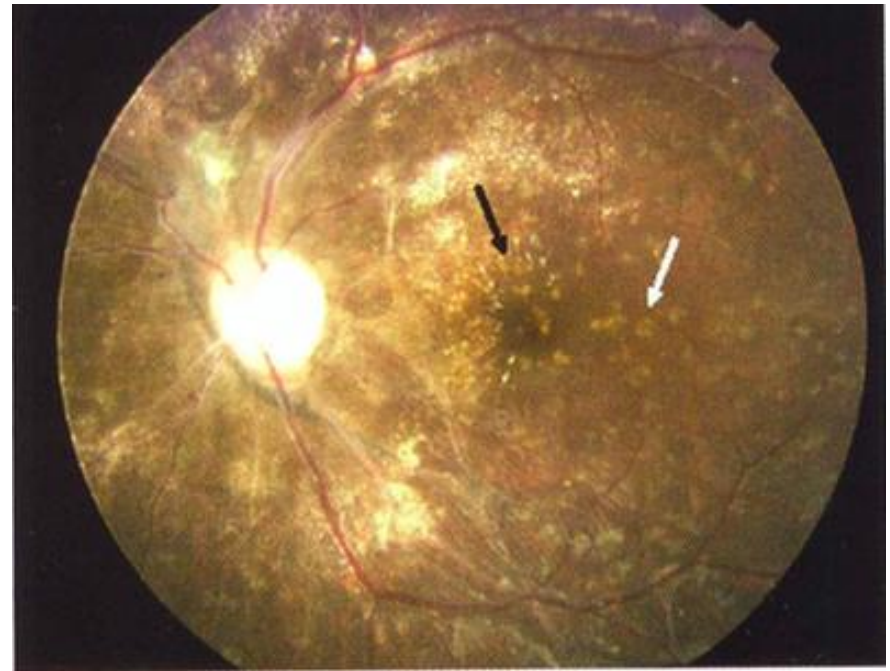


Evolution des lésions du FO



Choroïdopathie Hypertensive:

- taches Elschnig
- Lignes de Siegrist



Rétinopathie hypertensive :
Engainements artériels,
artères en fil d'argent

Neuropathie optique hypertensive

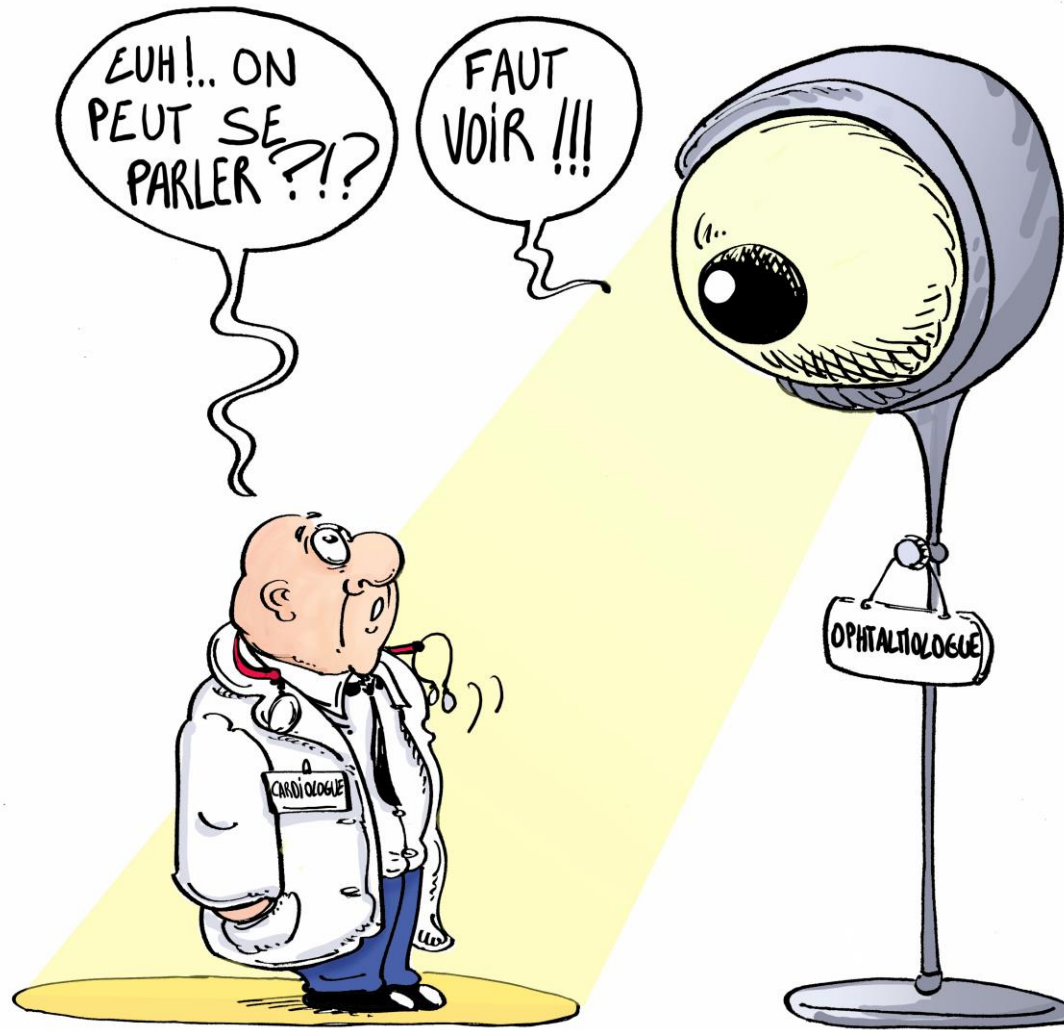
:

• Atrophie optique

Takayasu disease revealed by bilateral loss of vision. [Retin Cases Brief Rep.](#) 2009 Spring;3(2):174-6

Rohart C, Abad S, Chaine G.







HTA : facteur de risque de nombreuses pathologies ophtalmologiques et interactions

- Occlusions vasculaires rétiniennes
- Macroanévrisme rétinien
- NOIA non artéritique
- Rétinopathie diabétique
- Thrombose veineuse rétinienne
- DMLA
- Hémorragie suprachoroïdienne per et post opératoire



HTA : facteur de risque indépendant de RD

- Sur l'OMD :

Contrôle strict de la TA diminue l'incidence de l'OMD de 50 % à 9 ans
(UKPDS, diab. 2)

L'incidence de l'OMD est liée à la TA systolique (KLEIN)

- Sur la rétinopathie diabétique :

Contrôle strict de la TA (<144-82)

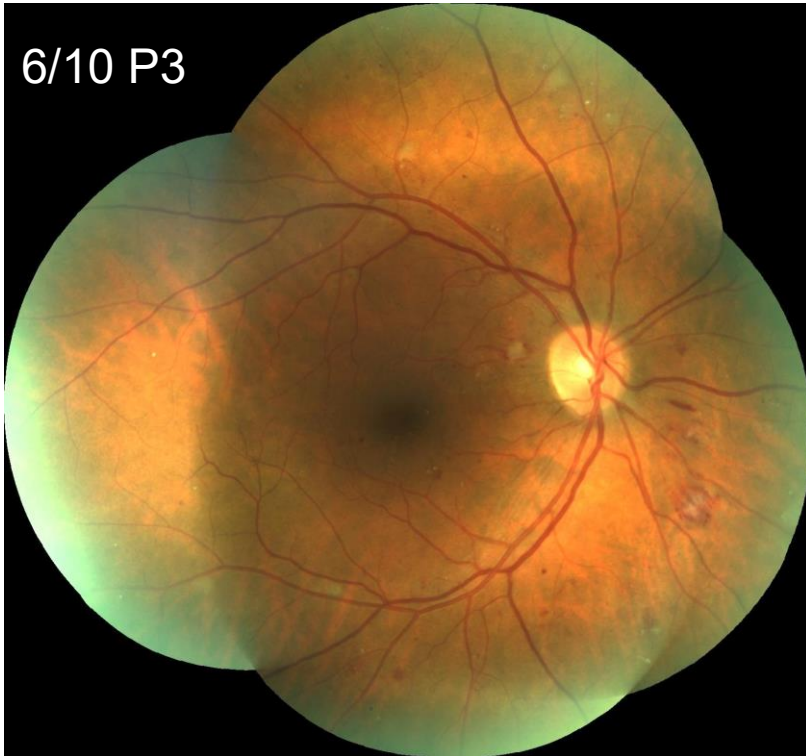
=> réduction de 40 % des complications microvasculaires et
de la progression de la RD (UKPDS, diab 2)



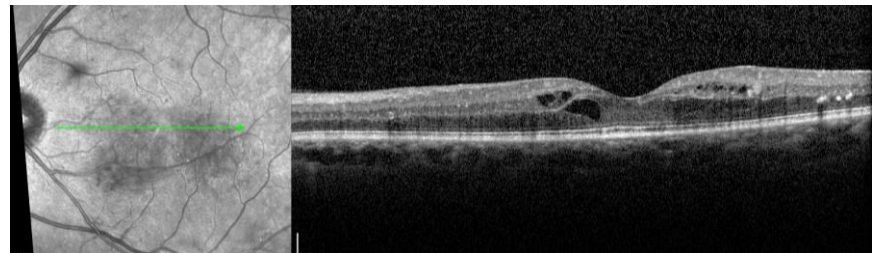
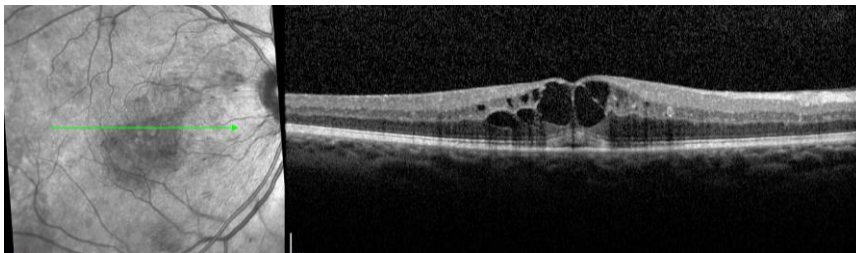
Cas clinique

Diabète de type 2 depuis 10 ans, ATCD d' HTA , suivi irrégulier

6/10 P3



9/10 P2





Quizz 4

Concerne la prise en charge de l' OM de ce patient

68 %

1. Il faut attendre 2 à 4 mois avant de le traiter par IVT

64 %

2. Une optimisation de la tension artérielle peut suffire à faire disparaître son OMD

36 %

3. Un Holter tensionnel s'impose

64 %

4. Certains hypotenseurs peuvent être privilégiés

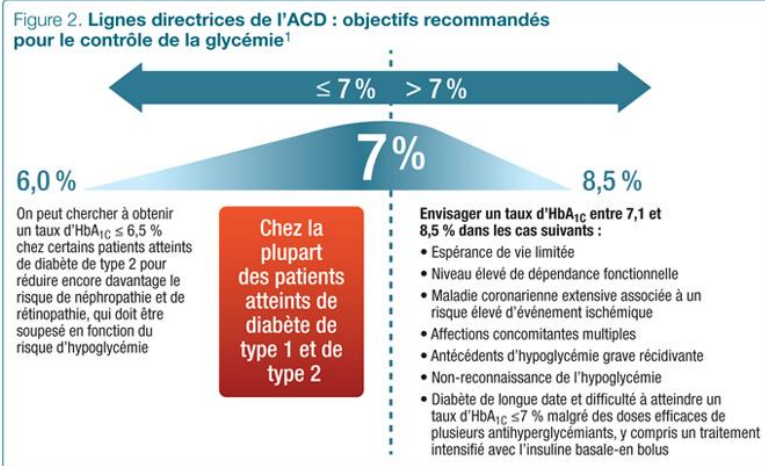


Questions aux orateurs

A propos de la TA cible chez les patients diabétiques :

Quelle est elle ?

Doit elle être personnalisée ?





Cas clinique

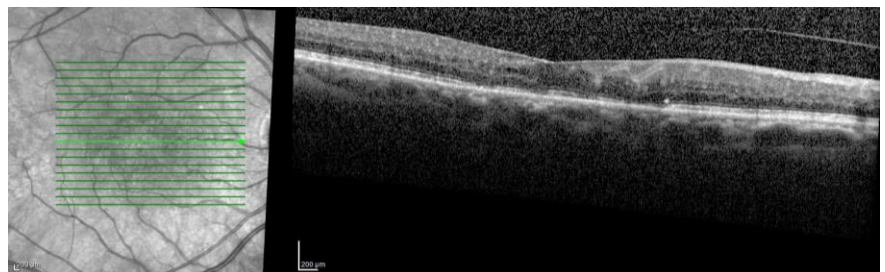
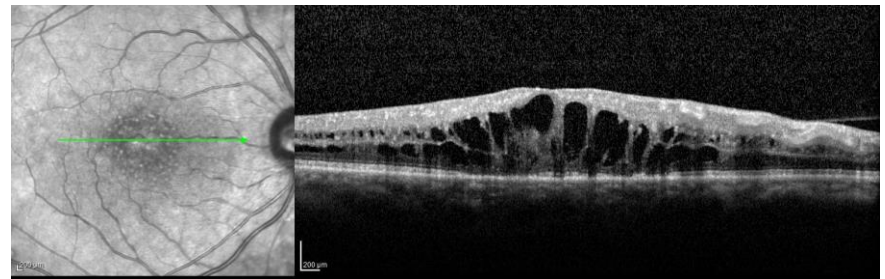
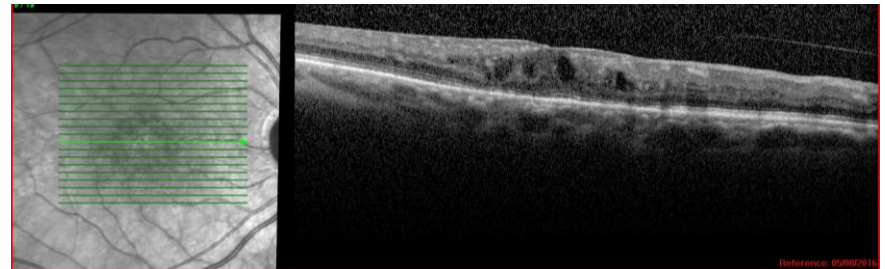
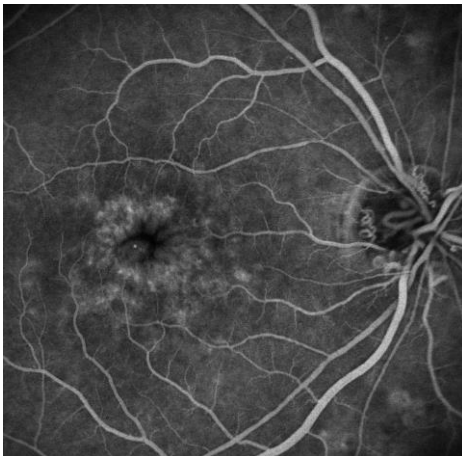
TVCR depuis 2004

ATCD d'IVT

Demande d'abstention thérapeutique

Analogue prostaglandine remplacé par bêtabloquant

Surveillance sur 5 ans





Questions aux orateurs

A propos de l' HTA en cas d'oedème maculaire sur TVCR

Interaction ?

Conséquence sur la prise en charge ?

Treatment of systemic hypertension is important for improvement of macular edema associated with retinal vein occlusion

Kida T Clin Ophthalmolo 2014

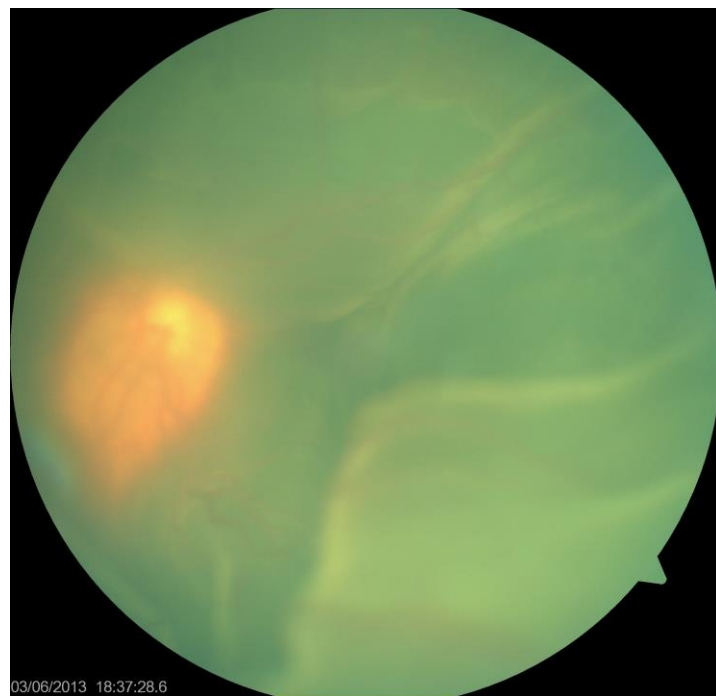
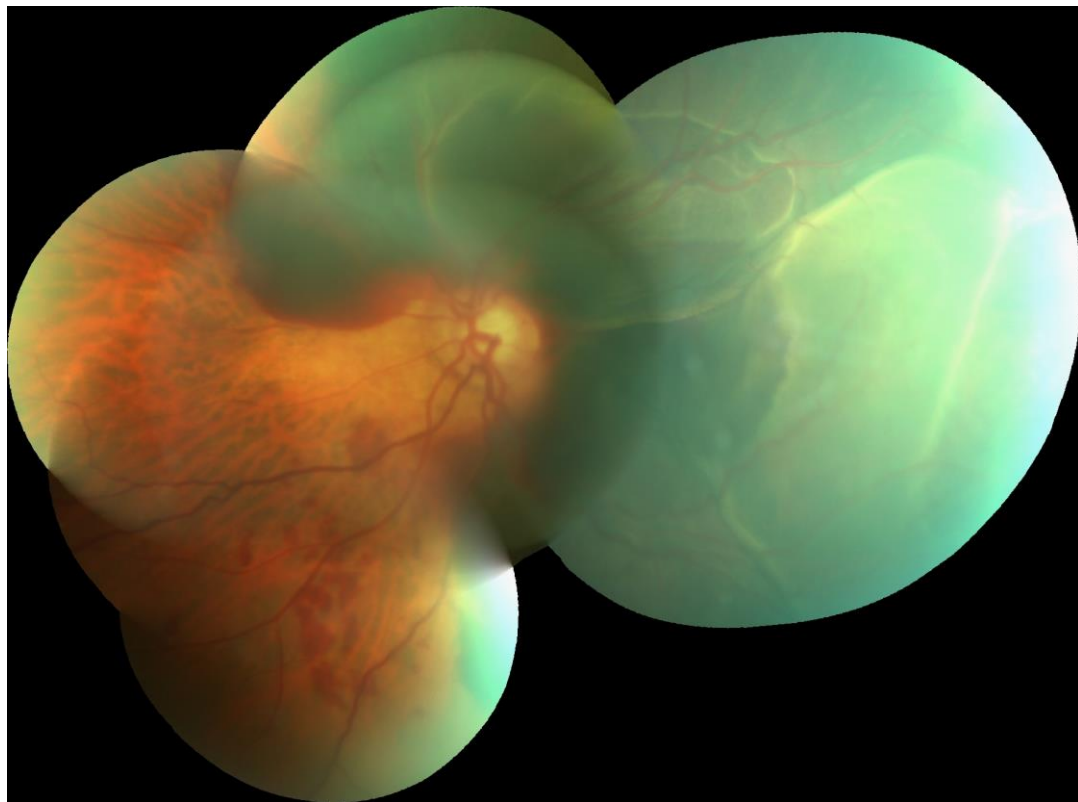




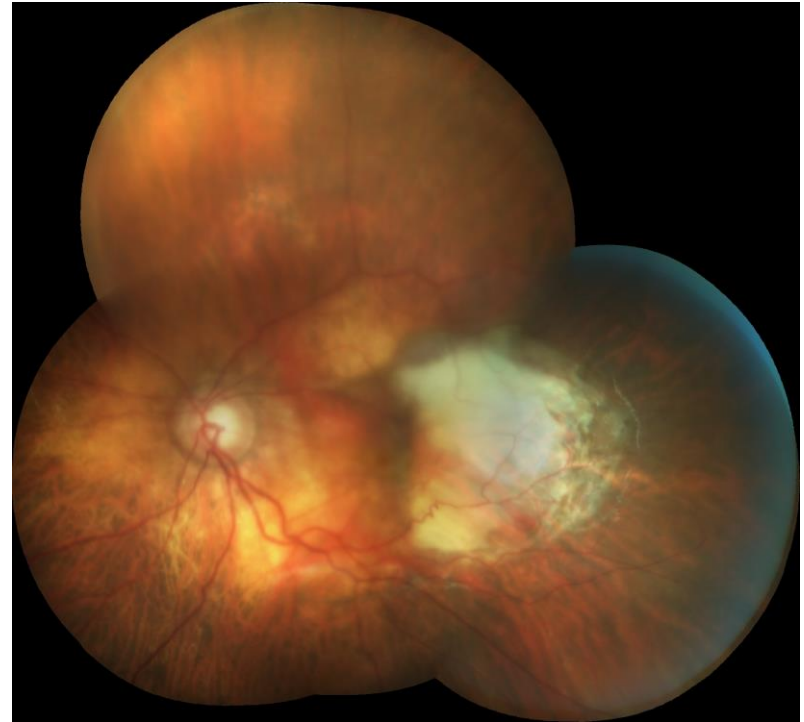
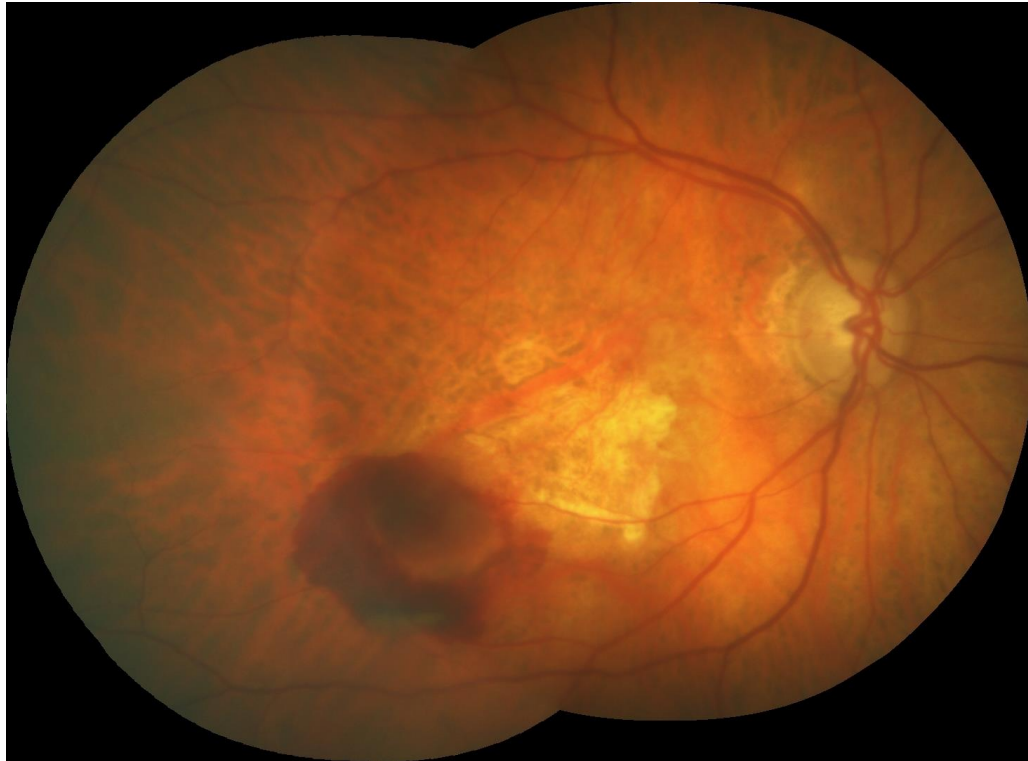
Cas clinique

Femme 70 ans
HTA résistante
ATCD d' embolie pulmonaire
Sous Previscan





03/06/2013 18:37:28.6





Questions aux orateurs

1185 Catt participants

La prise d'anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires chez le sujet hypertendu expose à un risque accru d'hémorragie maculaire

Association between antiplatelet or anticoagulant drugs and retinal/subretinal Hemorrhage in the comparison of AMD treatments Tials (CATT)

Ying G . Ophthalmology 2016

Quelles sont les indications formelles de mise sous anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires ?





Questions aux orateurs

HTA et augmentation du risque d'hémorragie
suprachoroidienne au cours de la chirurgie ophtalmologique

Précautions particulières ?





OPHTALMO DUO 2017

Remerciements aux sponsors

