



Table ronde en DUO

Pathologie artérielle

Dr T Behar (*Médecin vasculaire, Montpellier*)

Pr G Chaine (*Ophtalmologiste, Paris*)

Pr A Gaudric (*Ophtalmologiste, Paris*)

Dr L Jeanjean (*Ophtalmologiste, Nîmes*)

Dr JF Vendrell (*Radiologue, Montpellier*)

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

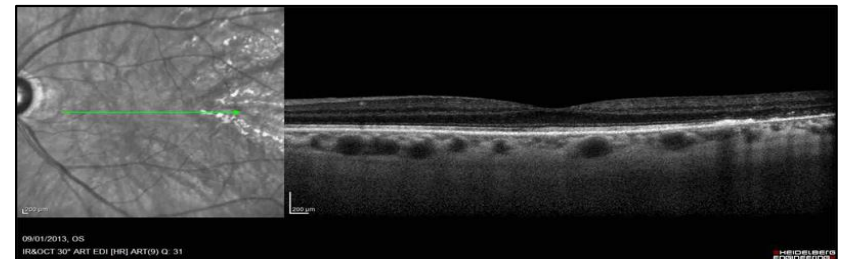




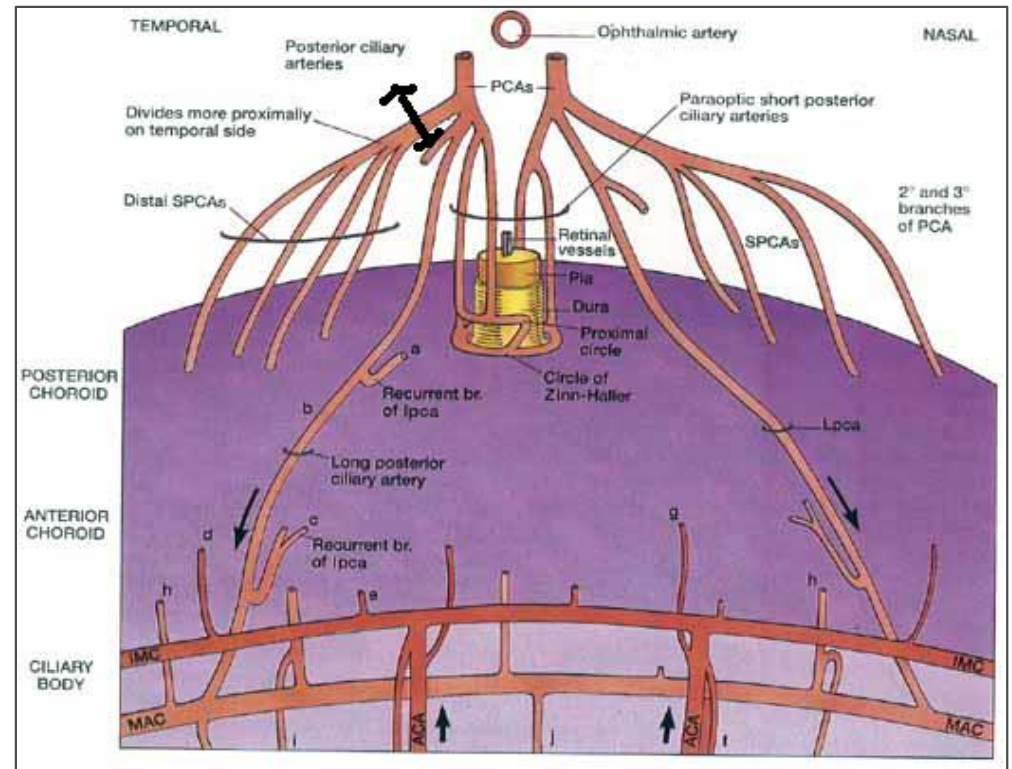
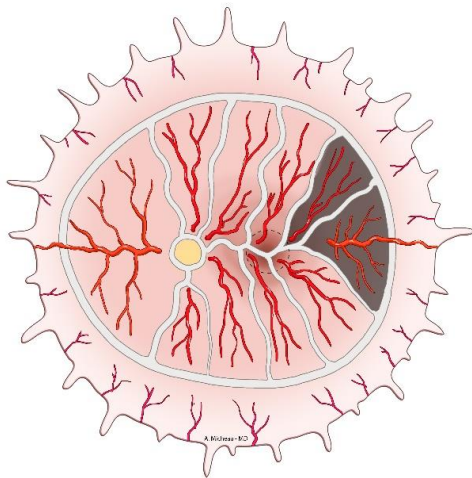
Cas clinique

Femme 75 ans

BAV OD depuis 3 semaines



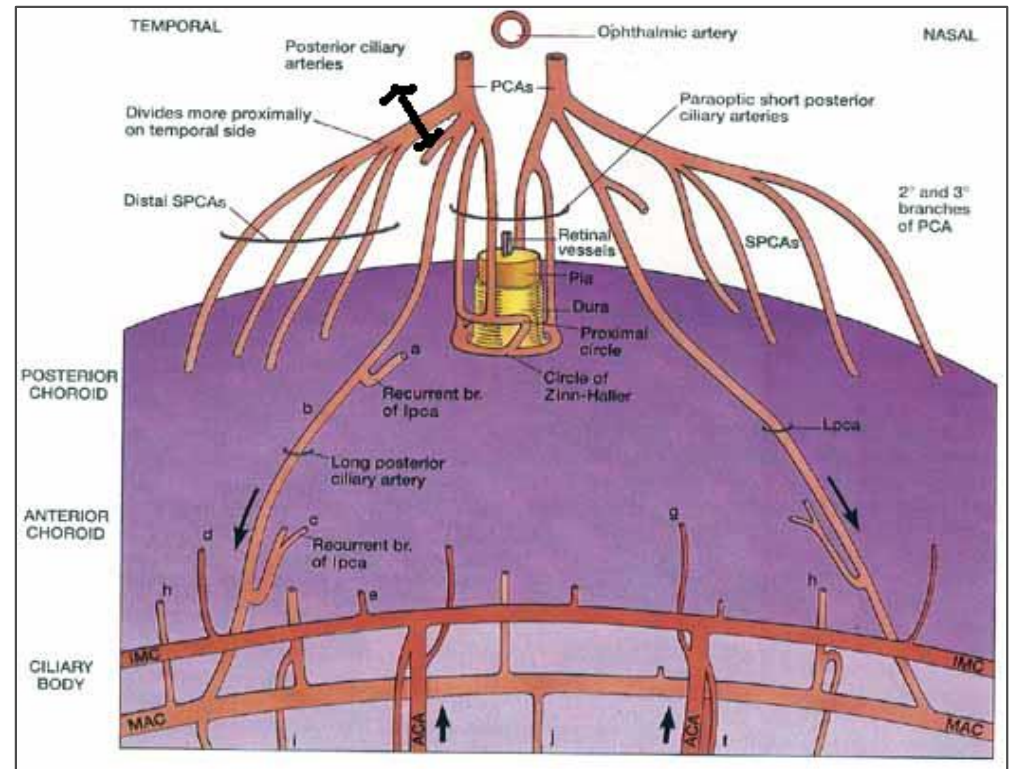
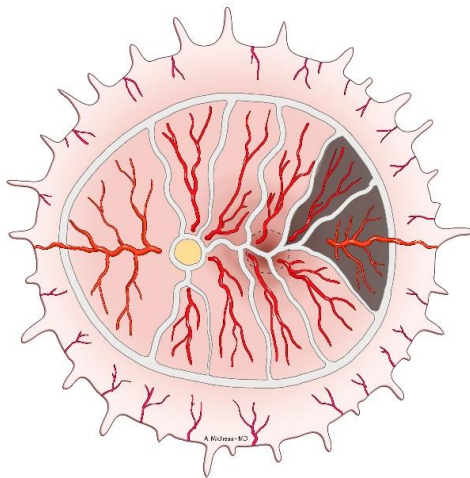
Le syndrome triangulaire d' Amalric ?

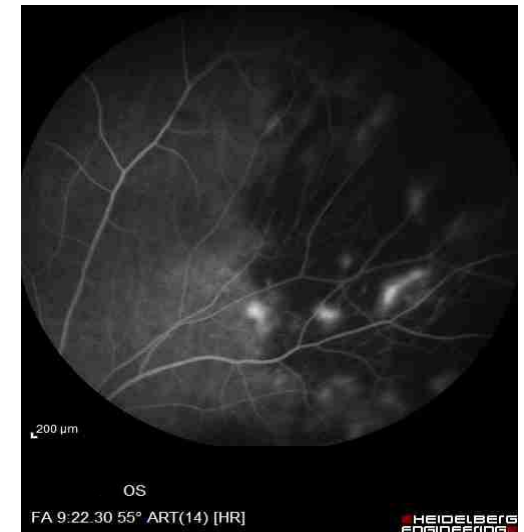
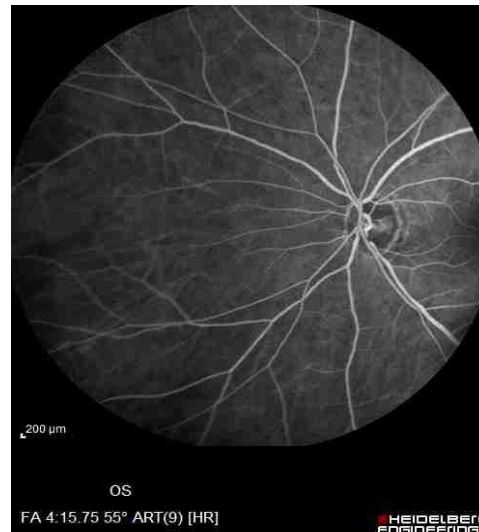
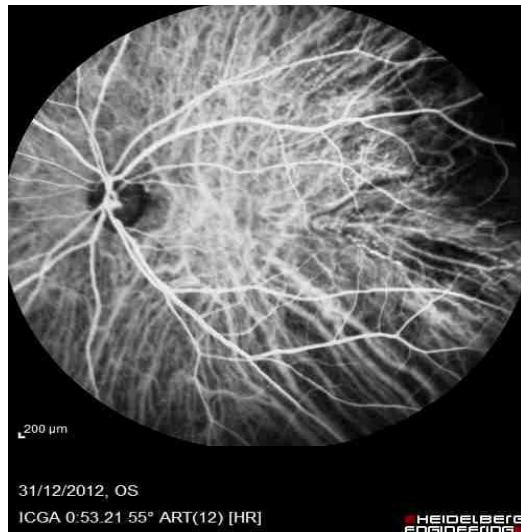
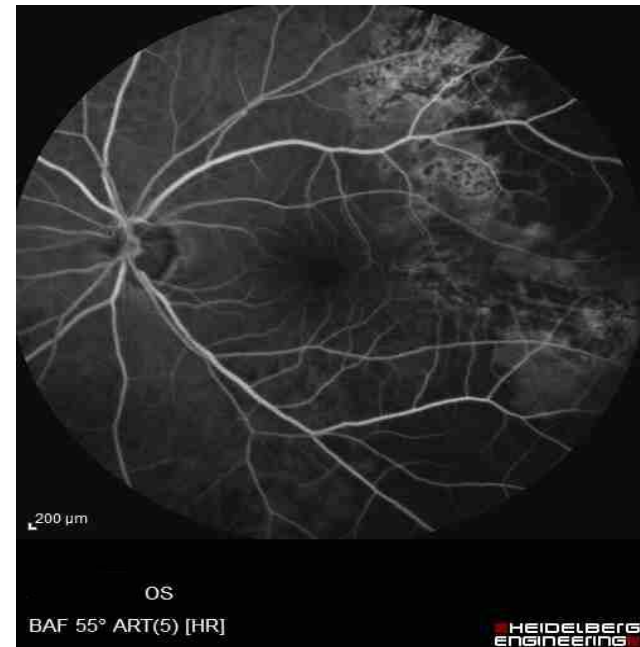
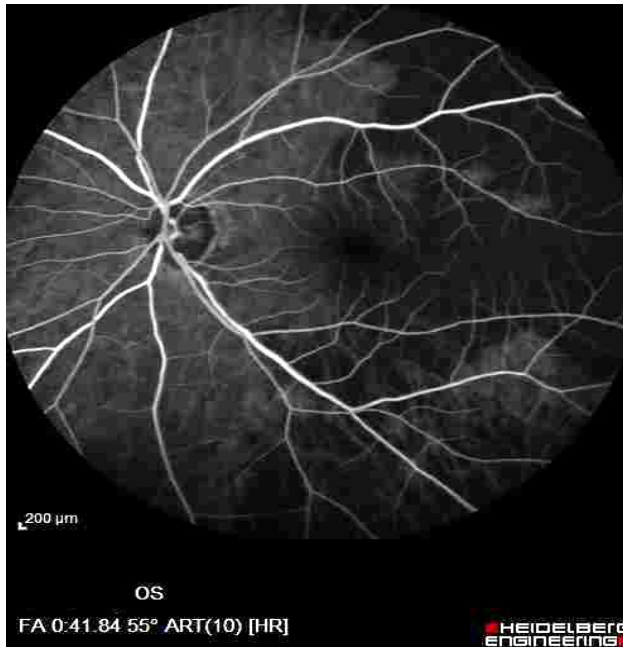


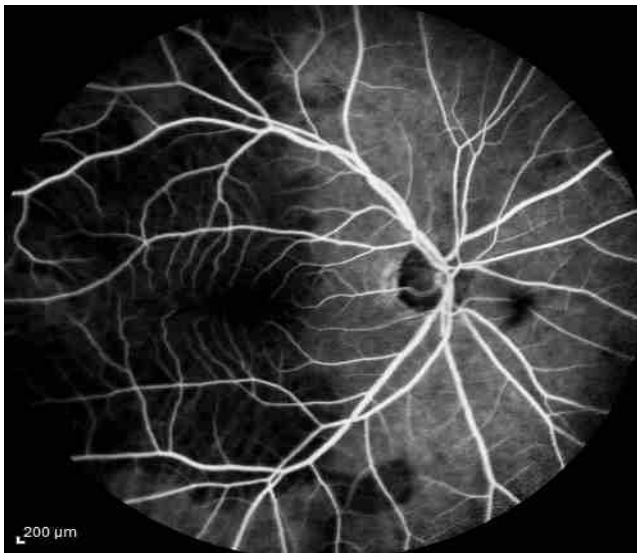
Le syndrome triangulaire d' Amalric ?



**Ischémie choroïdienne en secteur
par obstruction d'une artère ciliaire**





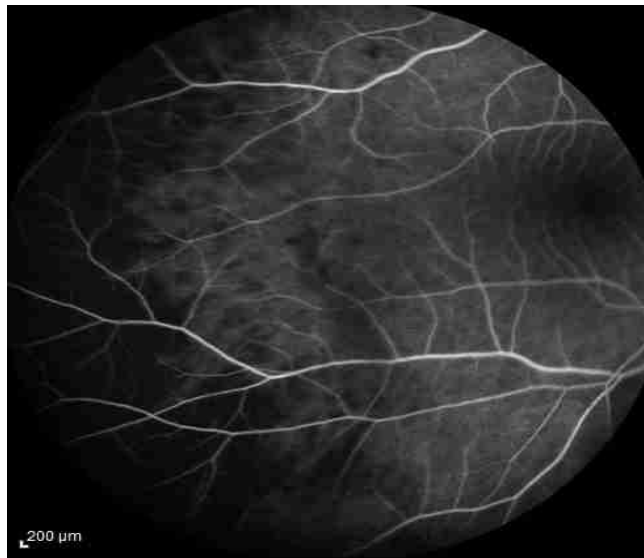


200 μm

OD

BAF 55° ART(6) [HR]

HEIDELBERG
ENGINEERING

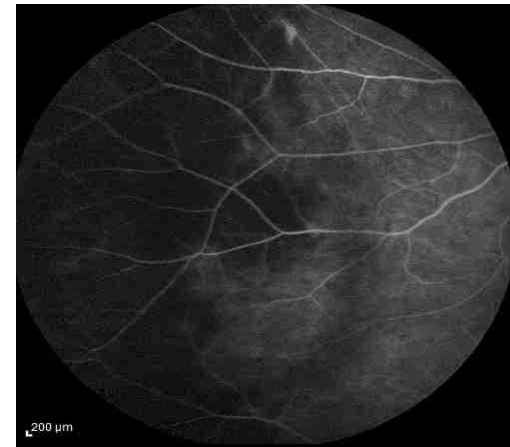


200 μm

OD

BAF 55° ART(10) [HR]

HEIDELBERG
ENGINEERING

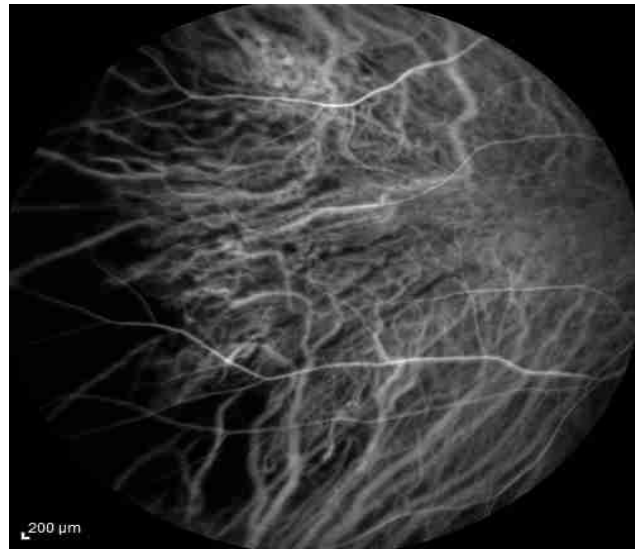


200 μm

OD

FA 6:32.53 55° ART(6) [HR]

HEIDELBERG
ENGINEERING

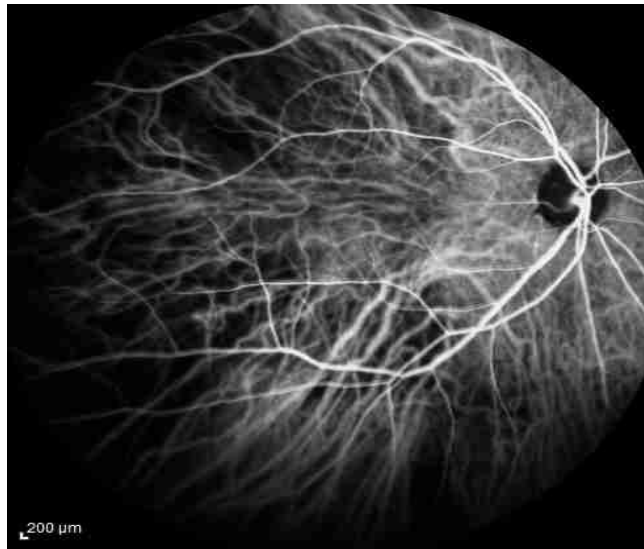


200 μm

31/12/2012, OD

ICGA 1:59.00 55° ART(9) [HR]

HEIDELBERG
ENGINEERING

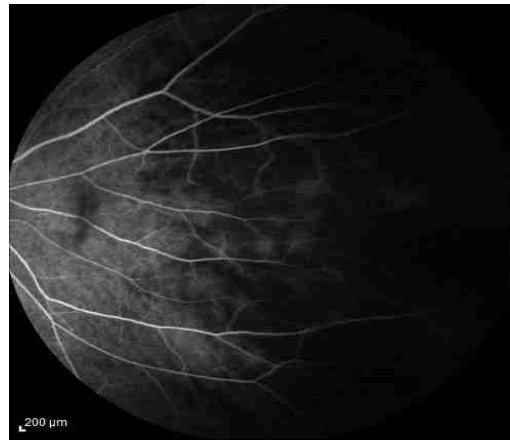


200 μm

31/12/2012, OD

ICGA 0:40.02 55° ART(6) [HR]

HEIDELBERG
ENGINEERING



200 μm

OD

FA 0:30.57 55° ART(9) Comp. 55°x55° ([HR]

HEIDELBERG
ENGINEERING



Ischémie choroïdienne sectorielle bilatérale,
par obstruction de plusieurs artères ciliaires courtes postérieures

L'ischémie choroïdienne en secteur ne se voit pas toujours au FO. Elle n'est visible qu' en cas d'atteinte profonde.

L'ischémie choroïdienne en secteur est visible aux temps précoces de l'angiographie.



Quizz

A propos de la baisse d'acuité visuelle de l'œil droit

40 %

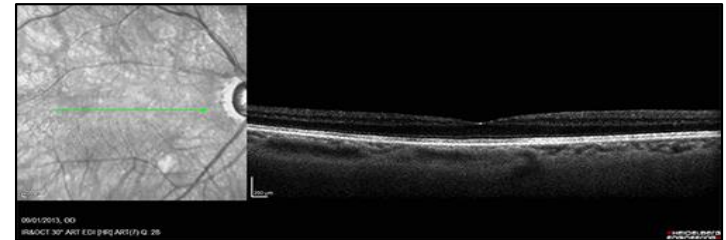
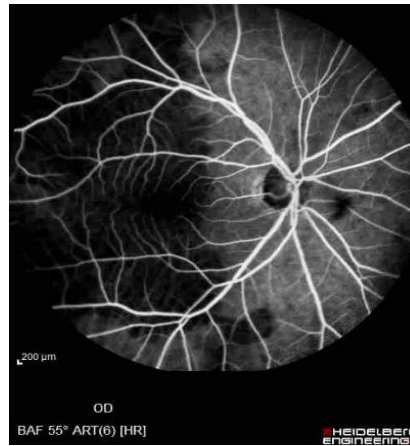
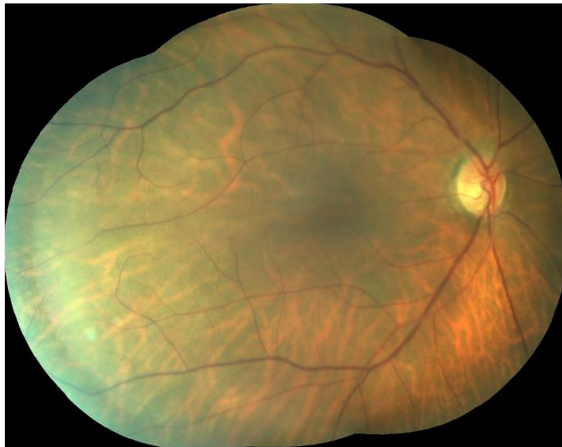
1. Elle est expliquée par l'ischémie choroïdienne

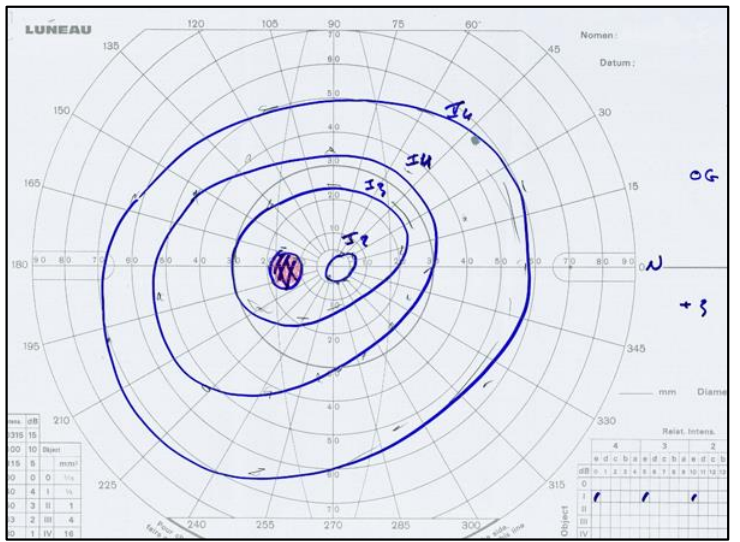
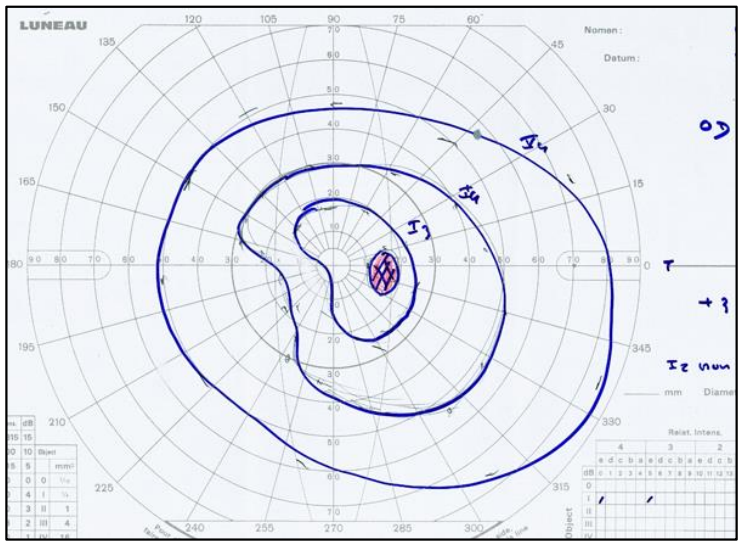
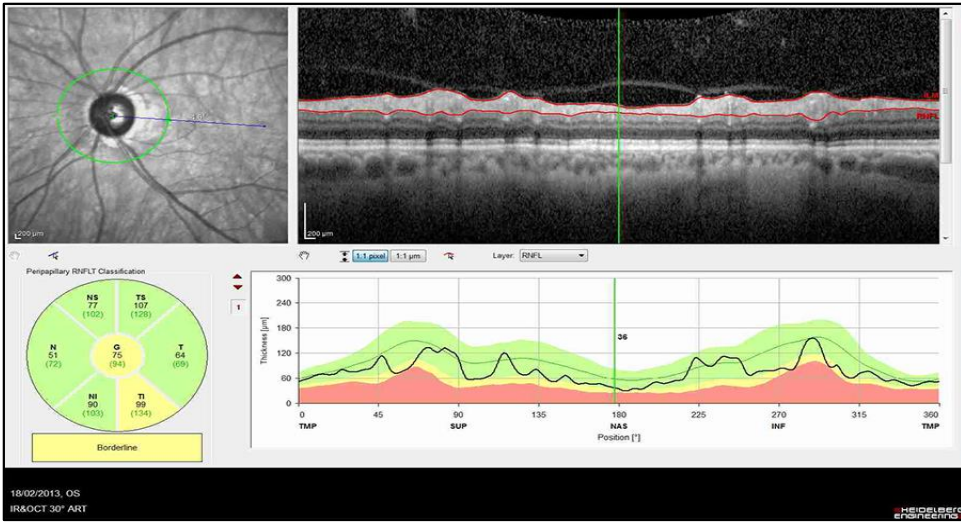
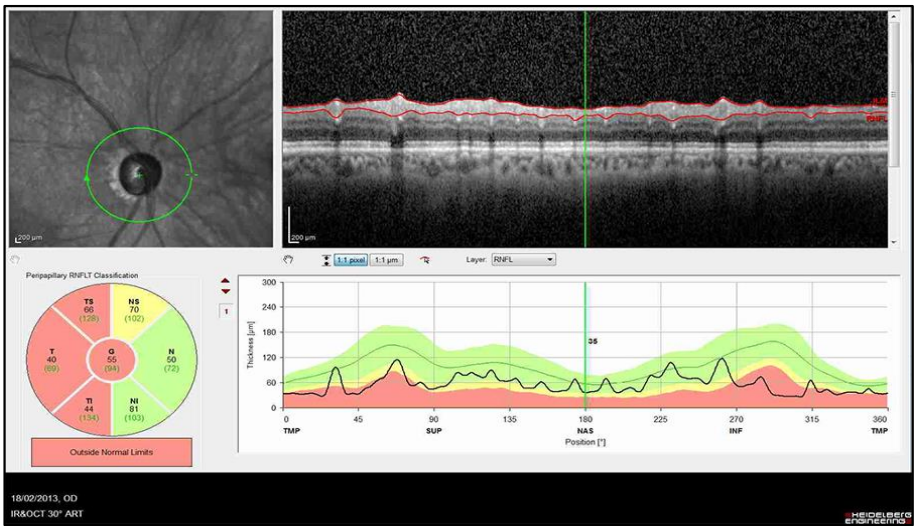
28 %

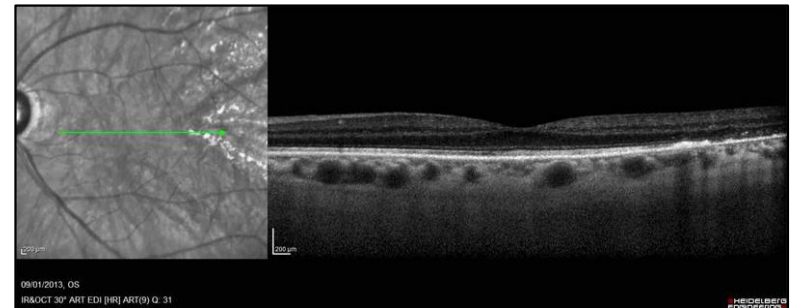
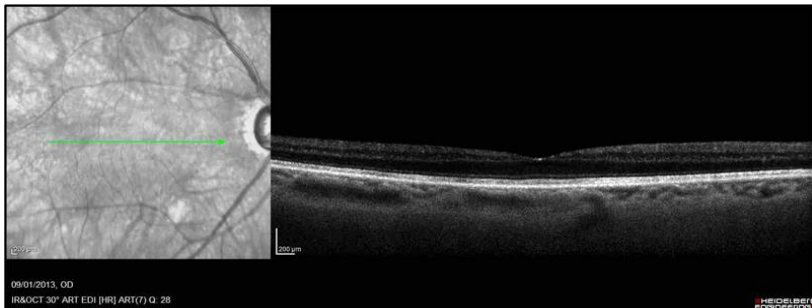
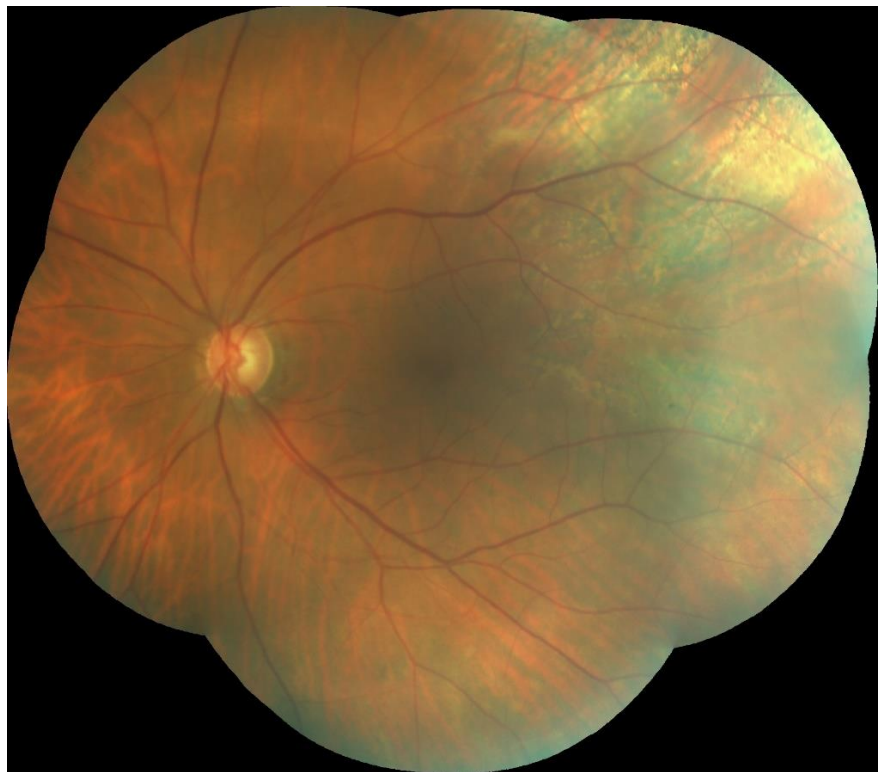
2. Elle est expliquée par une atteinte ischémique du nerf optique

32 %

3. Elle impose une imagerie cérébro orbitaire









Question aux orateurs

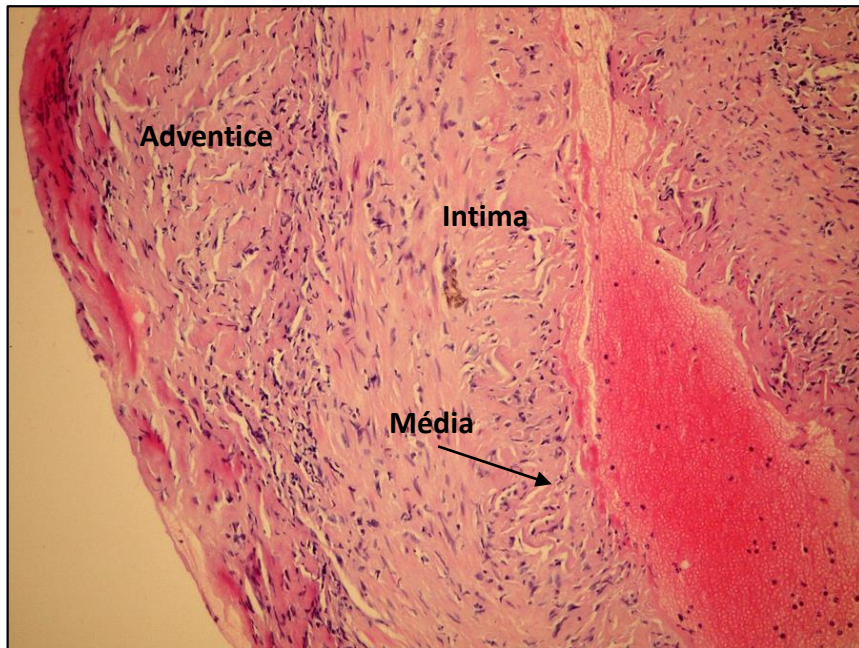
Sur ces données l'ophtalmologiste peut il poser un diagnostic avec certitude?



Asthénie, Amaigrissement
Céphalées temporales
Artères temporales indurées
Claudication intermittente de la mâchoire
Hyperesthésie du cuir chevelu
Arthralgies scapulaires

VS : 89 mm

CRP : 150 mg/l





Quizz

J'évoque un Horton devant :

56 %

1. Une diplopie

58 %

2. Une amaurose transitoire

56 %

3. Une occlusion de branche artérielle

66 %

4. Une NOIAA

52 %

5. Une occlusion d'artère ciliorétinienne.





20 % des patients porteurs d'un Horton risquent une perte de vision sévère

Neuropathie optique ischémique antérieure : 81 %

Occlusion artère ciliorétinienne : 22 %

Occlusion artère centrale de la rétine : 14 %

Neuropathie optique ischémique postérieure : 7 %

Ischémie oculaire : 1%

Ischémie choroïdienne en secteur souvent asymptomatique

Ocular manifestations of giant cell arteritis . Hayreh Am J Ophthalmol. 1998.



HORTON

Manifestations polyviscérales

Femme > homme (3/1), environ 70 ans

Signes généraux **Absents dans 20 % des cas compliqués d'atteinte ophtalmologique**

(Asthénie Anorexie, Amaigrissement, fièvre, céphalées, claudication intermittente des masséters, hyperesthésie du scalp, pseudopolyarthrite rhizomélique)

Manifestations ophtalmologiques

Amaurose fugace **retrouvée dans 10 à 30 % des cas**

Diplopie **retrouvée dans 5 à 15 % des cas**

VS > 40 mm/h **normale dans 15 % des cas**

CRP > 25 mg/l **bonne sensibilité VS + CRP de 95 %**

BAT **négative dans 10 à 25 % des cas**



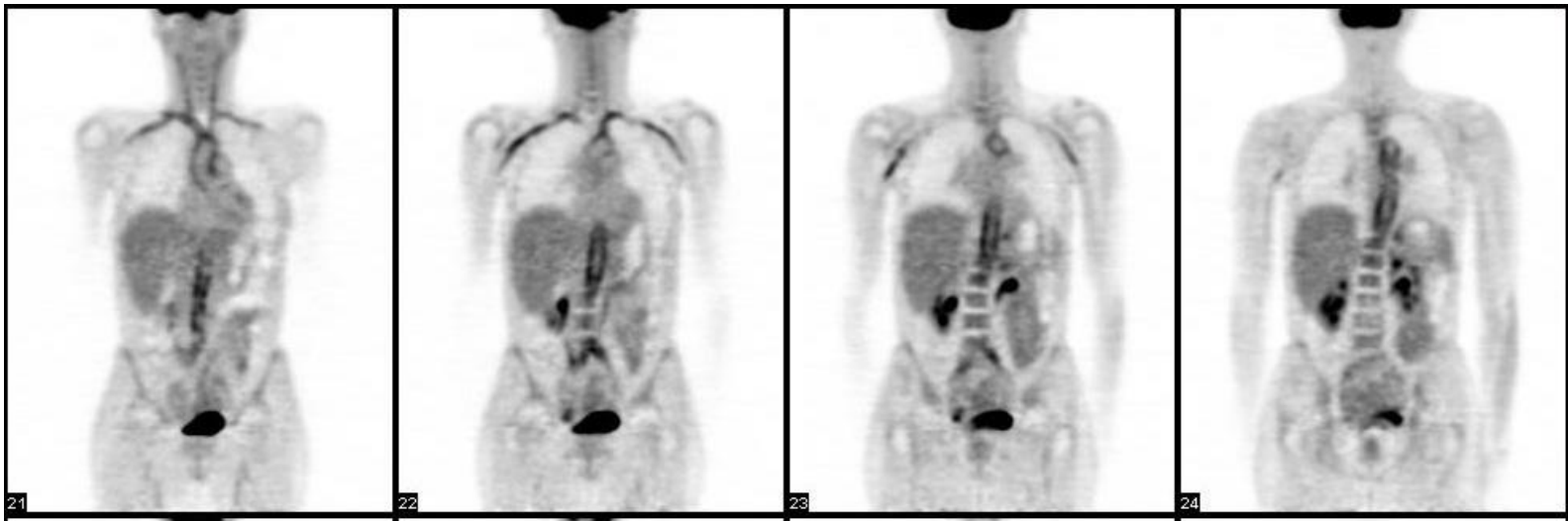
Questions aux orateurs

Peut on s'aider d'autres examens complémentaires en cas de doute ?



PET SCAN

Hypermétabolisme diffus de l'aorte
et des troncs supra-aortiques





Question aux orateurs

Horton = Urgence diagnostique et thérapeutique
Risque de bilatéralisation et cécité
Corticothérapie à forte dose

Modalités thérapeutiques
et précautions chez un sujet âgé ?



Cas clinique

Femme 60 ans

BAV OG il y a 3 ans, recherche Horton négative

BAV OD récente



AV = 6/10 P3



AV = CLD à 1 m



Quizz

Devant une NOIA non artéritique vous demandez

- 44 % 1. Une recherche de syndrome d'apnée du sommeil
- 46 % 2. Un ECG et doppler des vaisseaux du cou en urgence
- 42 % 3. La liste des médicaments pris par le patient
- 56 % 4. Une recherche d'hypotension nocturne
- 54 % 5. Le recherche d'HTA et autre FDR cardiovasculaires

	NOIA artéritique	NOIA non artéritique
Fréquence	5%	95 %
Physiopathologie	Obstruction inflammatoire des artères ciliaires postérieures	« Syndrome des loges »
Terrain	Sex ratio : 3/1 (femme)	Sex ratio (1/1)
Signes ophtalmo	BAV sévère Œdème blanc crayeux Angio : signes d'ischémie choroidienne Autres atteintes occlusion artère ciliorétinienne, occlusion artère central de la rétine	BAV +/- sévère Œdème diffus ou sectoriel avec hémorragies Papille controlatérale petite pleine sans excavation Rétinopathie hypertensive
Signes généraux	Signes classiques du Horton	
Risque de bi latéralisation	Élevé , précoce (> 25 % à 4 mois)	15 % à 5 ans
	Corticothérapie en urgence	Lutte contre les facteurs aggravants



Traitement d'une NOIA non artéritique

Curatif : Pas de traitement médical ou chirurgical validé
(anticoagulant, vasodilatateurs, oxygénothérapie hyperbare, hémomodilution)

Etude IONDT : Ischémic Optic Neuropathy Decompression Trial Group Arch Ophthalmol 1996.

Trans vitréal optic neurotomie

Corticothérapie controversée

Aspirine

Traitement préventif œil adelphe :

Eviter vasoconstricteurs, amiodarone, inhibiteurs de la 5 phosphodiesterase ,
Hypotenseurs

Traiter une hypertonie et précaution si chirurgie de cataracte

Traitement des facteurs de risque cardiovasculaires et traitement SAS





Question aux orateurs

Proposeriez vous une corticothérapie générale ou une injection intravitréenne de corticoïdes?

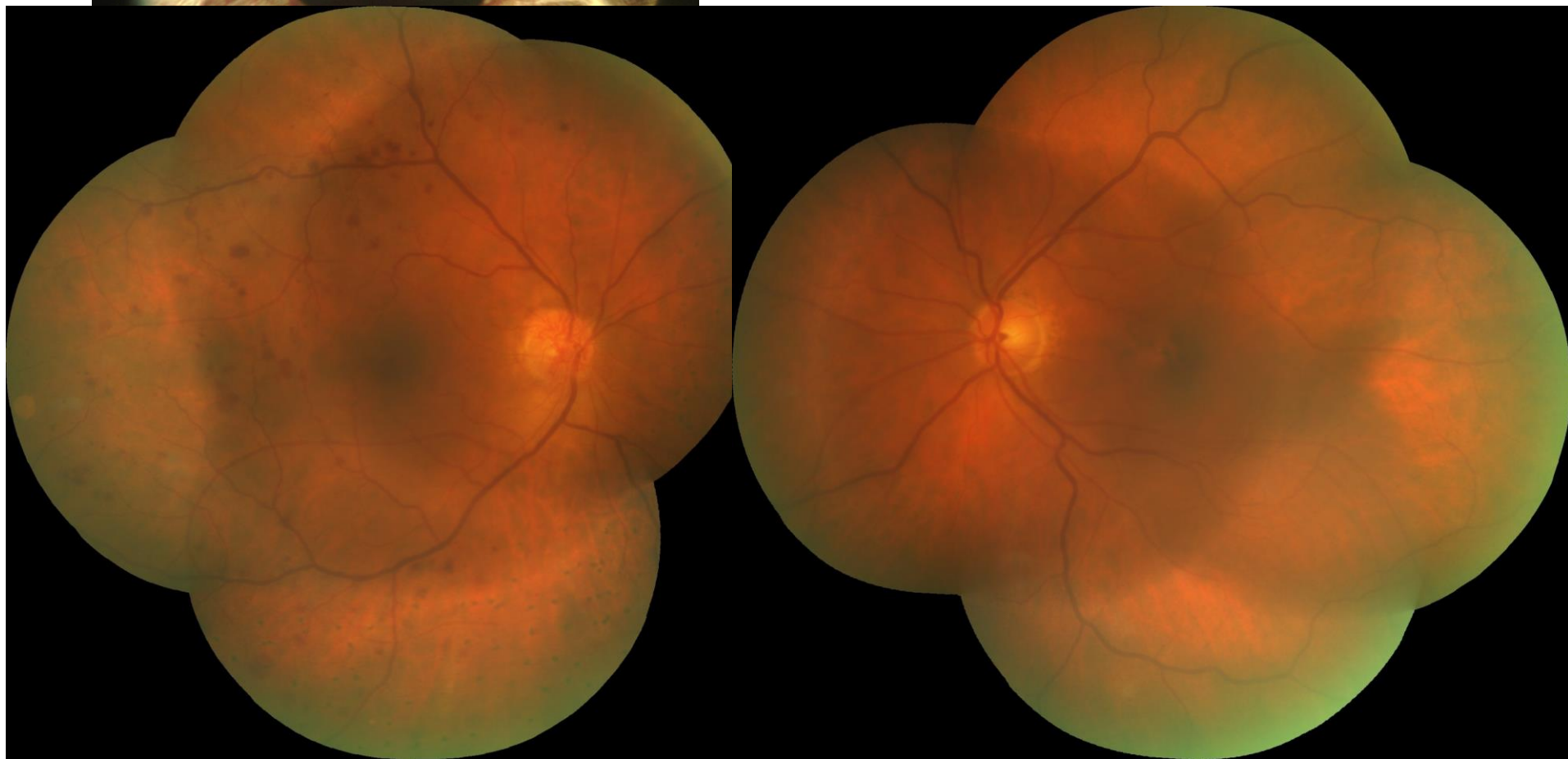
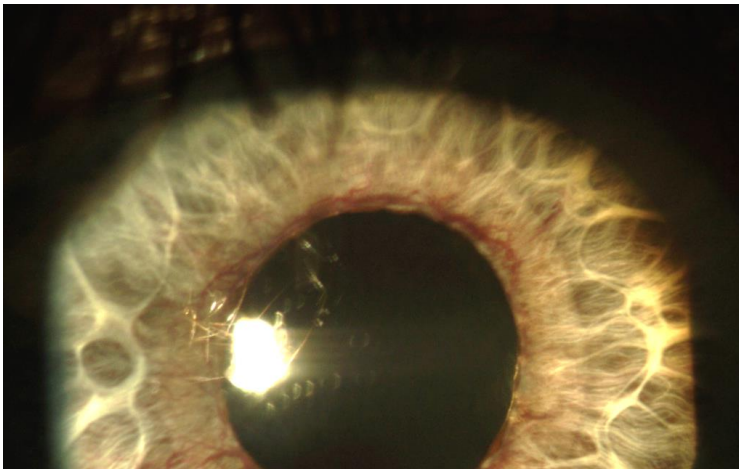






Cas clinique

- Homme de 65 ans
- Tabac : 20 paquets années
- Hypercholestérolémie / HTA traitée
- DNID depuis 15 ans
- Adressé pour bilan pré chirurgie de cataracte
- Acuité visuelle
 - od = 4/10 P2
 - og = 6/10 P2
- To = 18 / 14





Quizz

•Quelle est (ou quelles sont) votre (vos) hypothèse(s) diagnostique(s) ?

68 %

1. Rétinopathie diabétique proliférante

56 %

2. OVCR

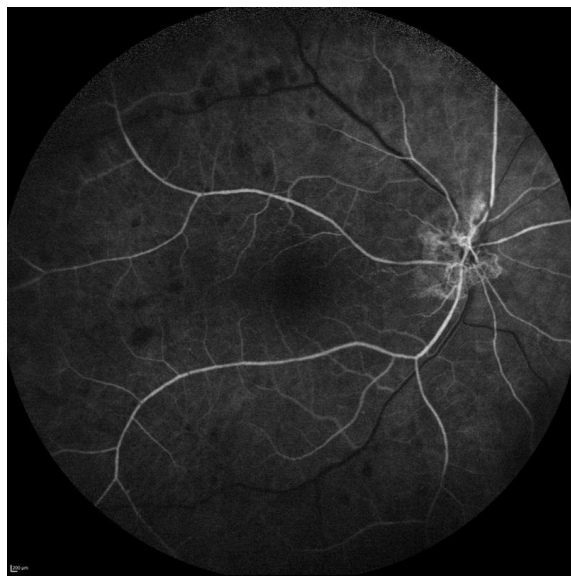
60 %

3. Syndrome d'ischémie oculaire

48 %

4. Rétinopathie hypertensive

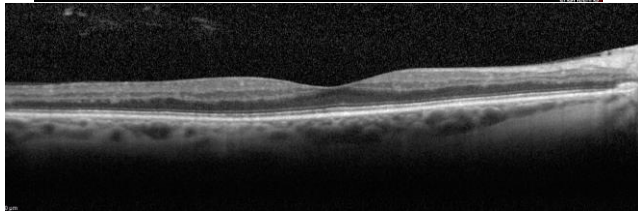




17/03/2014, OD
FA 0:22:58 50° ART(17) (RR)

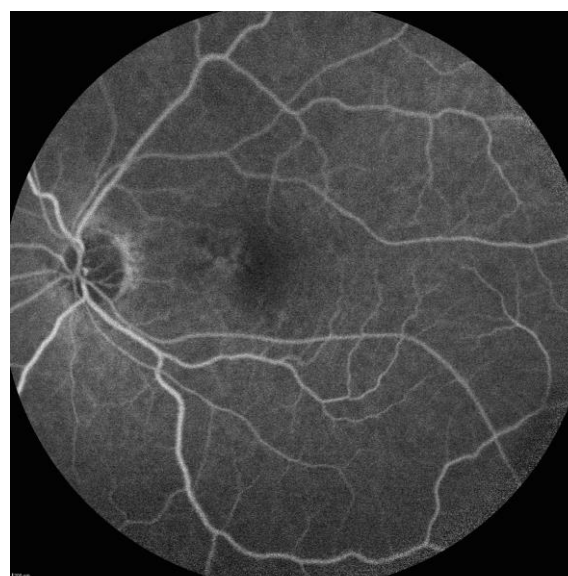


17/03/2014, OD
FA 0:38:44 50° ART(18) (RR)

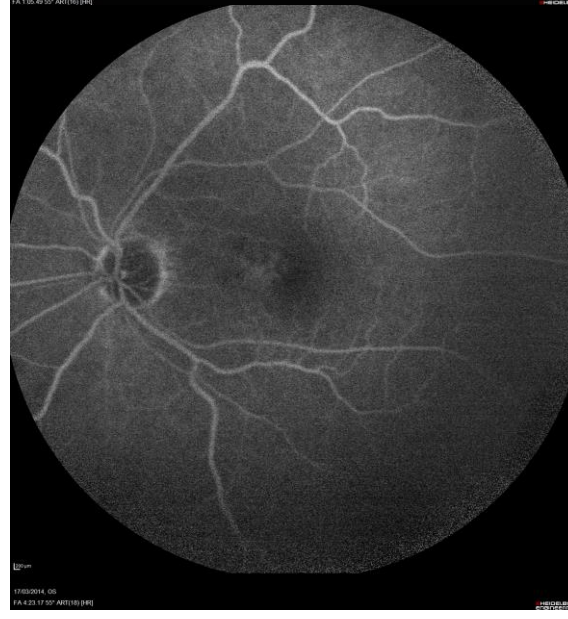


**Temps
32 S**

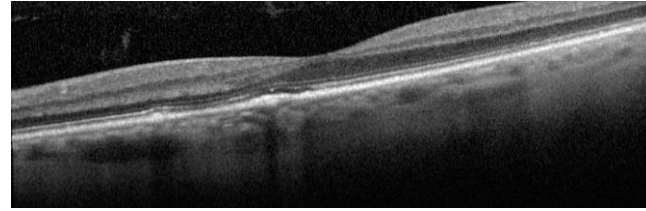
**Temps
tardif**



17/03/2014, OS
FA 1:05:49 50° ART(16) (RR)



17/03/2014, OS
FA 1:23:17 50° ART(18) (RR)





Quizz

• Quels sont les éléments permettant de retenir le diagnostic de sténose carotidienne ?

34 %

1. Retard circulatoire important du réseau rétinien

42 %

2. Remplissage choroïdien inhomogène et retardé

38 %

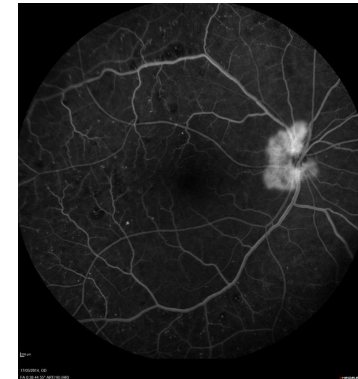
3. Présence d'hémorragies centrées par des microanévrismes

44 %

4. Absence d'œdème papillaire

44 %

5. Absence de tortuosité veineuse



Rapport Pathologies vasculaires 2008		Syndrome d'ischémie oculaire	OVCR
Latéralité		80 % unilatéral	Souvent unilatéral
Age		50 – 80 ans	50 – 80 ans
FO	Veines	Dilatées, monoliformes Non tortueuses	Dilatées et tortueuses
	Hémorragies	Punctiformes et en tâches en moyenne périphérie	En flammèches au pôle postérieur
	Microanévrismes	Peripherie rétinienne	Localisation variable
	Exsudats durs	Absents	Rares
	Papille optique	Normal	Oedème
	Pression dans l'ACR	Diminuée	Normale
Angiographie			
	Remplissage choroïde	Retardé, inhomogène	Normal
	Temps artério-veineux	Prolongé	Peut être prolongé
	Imprégnation des vsx de la rétine	Artères, Veines	Souvent absente



Quizz

• Quel(s) examen(s) demandez-vous en 1ere intention devant une suspicion d'ischémie oculaire ?

90 %

1. Echodoppler des TSA

92 %

2. Angio TDM

84 %

3. VS/CRP

94 %

4. Angio-IRM



A propos de l'imagerie

Questions aux orateurs

- Angio TDM : Plaques calcifiées sténosantes prédominantes à droite

Quelle est la place de l'échodoppler de TSA et de l'angio-TDM (ou IRM) dans la sténose carotidienne ?





Question aux orateurs Imagerie

En cas de plaque carotidienne **non sténosante**,
certains critères d'imagerie orientent-ils la prise en
charge thérapeutique ?





Quizz

• Quel est votre prise en charge ophtalmologique ?

68 %

1. PPR en urgence

78 %

2. Injection d'anti-vegf

80 %

3. Injection d'un implant de Dexaméthasone

78 %

4. PPR apres endartériectomie



200 μm

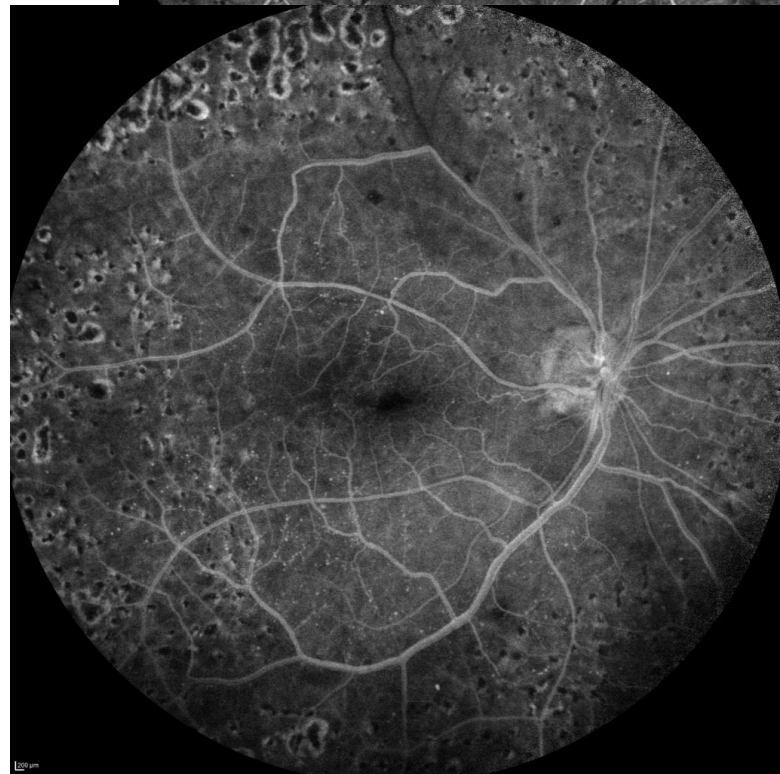
18/02/2016, OD
FA 0.24.09.55° ART(8) [HR]



200 μm

18/02/2016, OD
FA 0.27.52.55° ART(9) [HR]

HEIDELBERG
RESEARCH



200 μm

18/02/2016, OD
FA 1.42.48.55° ART(10) [HR]

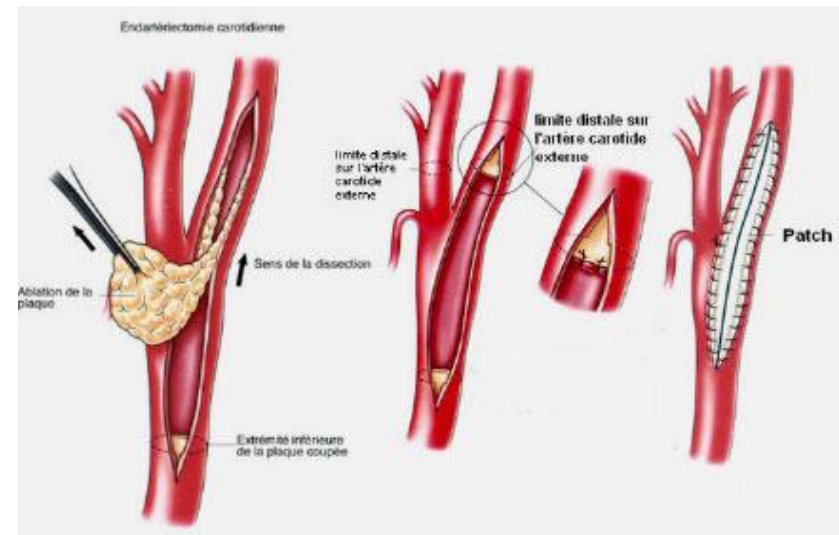
HEIDELBERG
RESEARCH



Prise en charge de la sténose carotidienne sur le plan général

Questions aux orateurs

- Bilan vasculaire général
- Prise en charge des facteurs de risques
- Antiagrégants plaquettaires, Anticoagulants ?
- Endartériectomie ou Angioplastie ?
- Pronostic général ?





Question aux orateurs

En cas de sténose carotidienne, demandez vous un examen ophtalmologique (fo +/- angiographie) ?

=> Si oui le résultat de cet examen influence-t-il vos indications thérapeutiques (endartériectomie) ?





Quid du syndrome de reperfusion post-endartériectomie

- Elévation brutale de la pression intra-vasculaire post-endartériectomie
- Physiopathologie imparfaitement élucidée
- Signes neurologiques et/ou ophtalmologiques

1. *Neovascular glaucoma diagnosed following carotid endarterectomy. Cuevas-Lestienne C and al. J Fr. Ophtalmol. 2000 Jun;23(6):599-602.*
2. *Ocular hypertension complicating endarterectomy in a patient with ocular ischemic syndrome. Pralon and al. J Fr. Ophtalmol. 2008 Apr; 31(sup1):156.*
3. *Postcarotid Endarterectomy Hyperperfusion or Reperfusion Syndrome. Karapanayiotides Th. And al. Stroke. 2005;36:21-26.*
4. *Cerebral hyperperfusion syndrome after carotid endarterectomy: Predictive factors and hemodynamic changes. Ascher E. and al. J Vasc Surg 2003;37:769-77.*



Quid du syndrome de reperfusion post-endartériectomie

- En avez-vous eu l'expérience dans votre pratique ?

→ Interniste

→ Ophtalmologiste







Cas clinique

Patiente de 86 ans
BAV brutale OG depuis 48h

ATCD

HTA

AIT en 2014 et 2015

Sténose carotidienne droite à 80%
traitée par endartériectomie

Sténose carotidienne gauche 30%

Ttt

Nebivolol, Perindopril,
Atorvastatine, Plavix



04/01/2017 8:26:33.4



Questions aux orateurs

Baisse d'acuité visuelle
depuis 48 heures

- A qui l'adresser, dans
quel délai, quel bilan ?





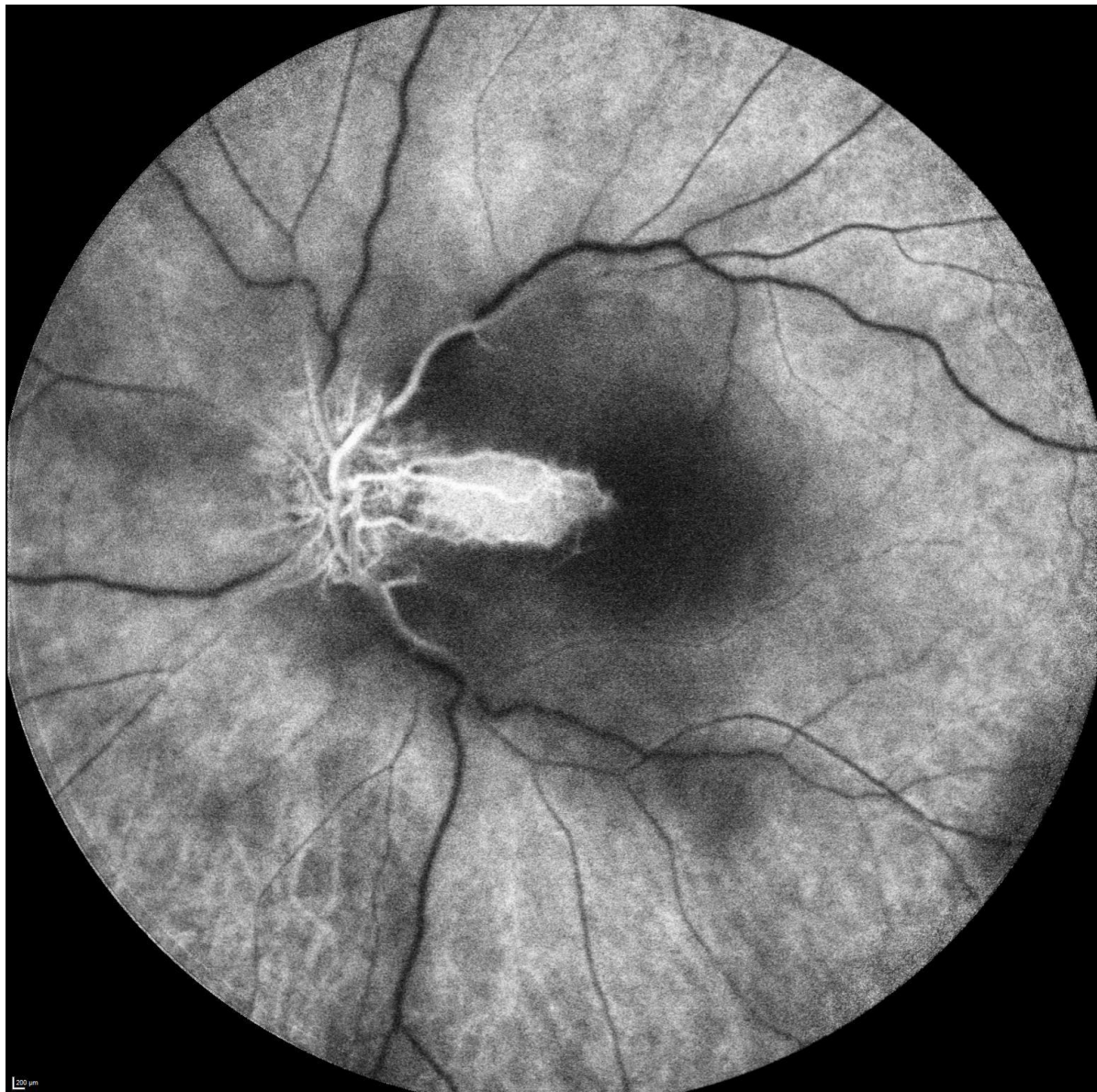
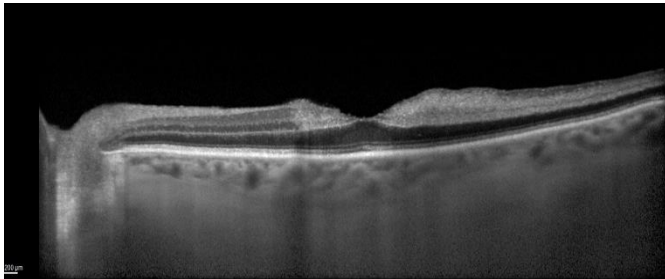
Questions aux orateurs

Baisse d'acuité visuelle
depuis 2 heures

- Indication de thrombolyse ?
- Autres propositions
 - Massage du globe,
Ponction de chambre
antérieure, Mannitol ?

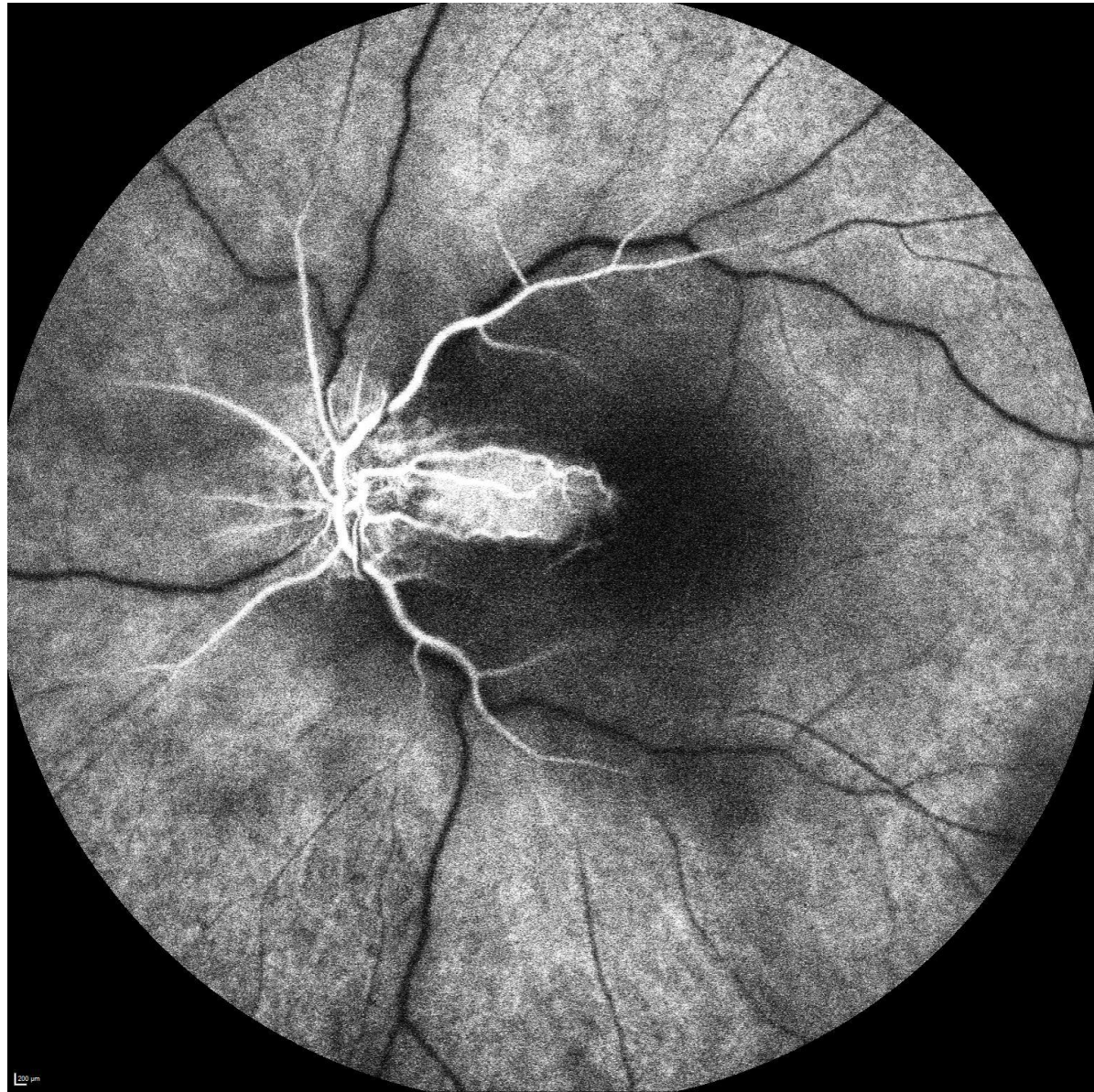
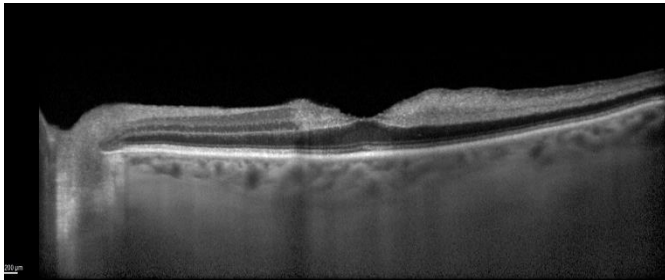


04/01/2017 8:26:33.4



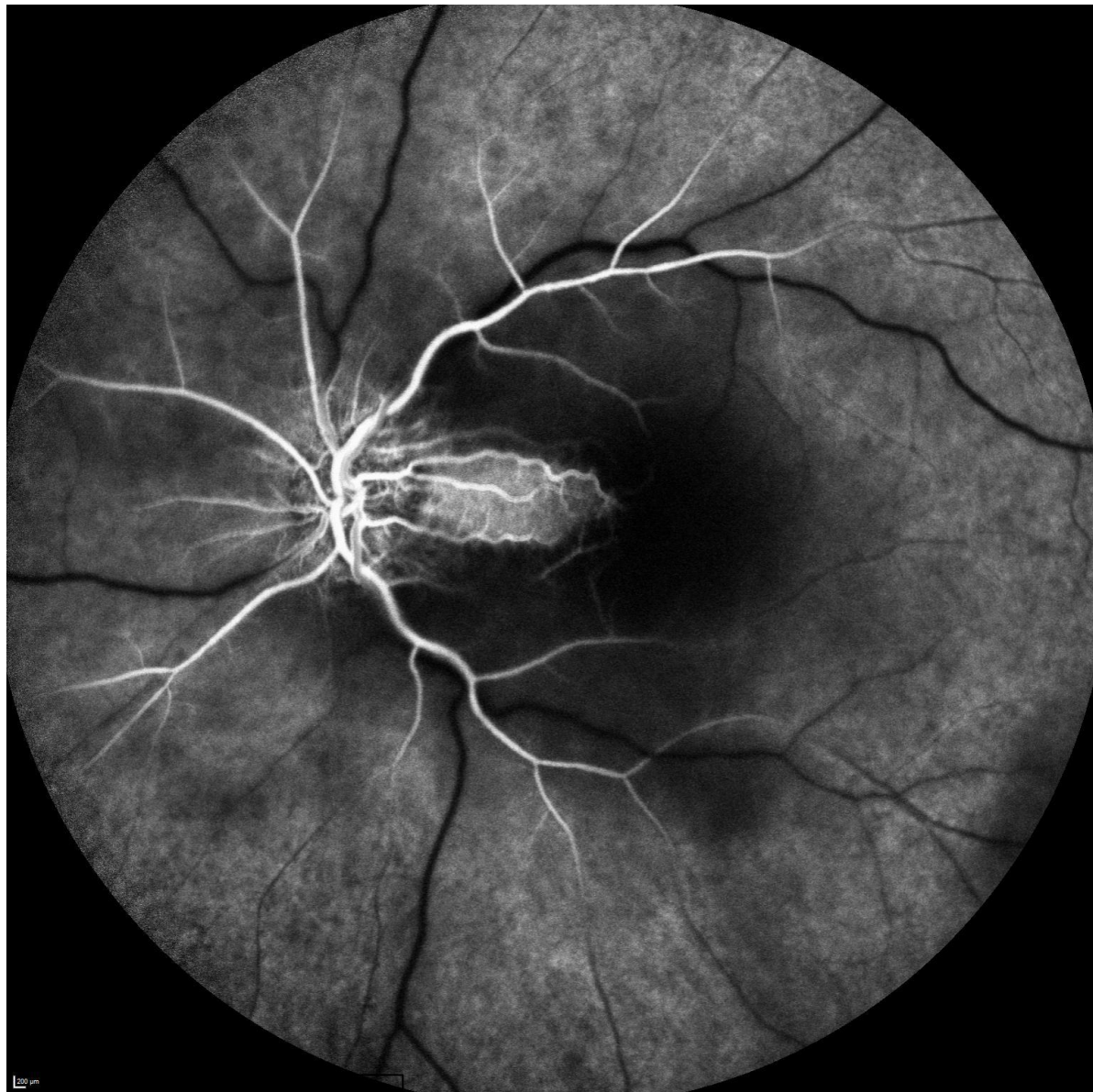
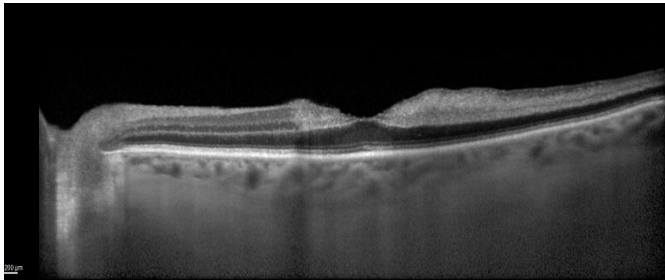
20 sec

04/01/2017, OS
FA 0:20.05 55° ART Comp. 55°x55° ([HR])



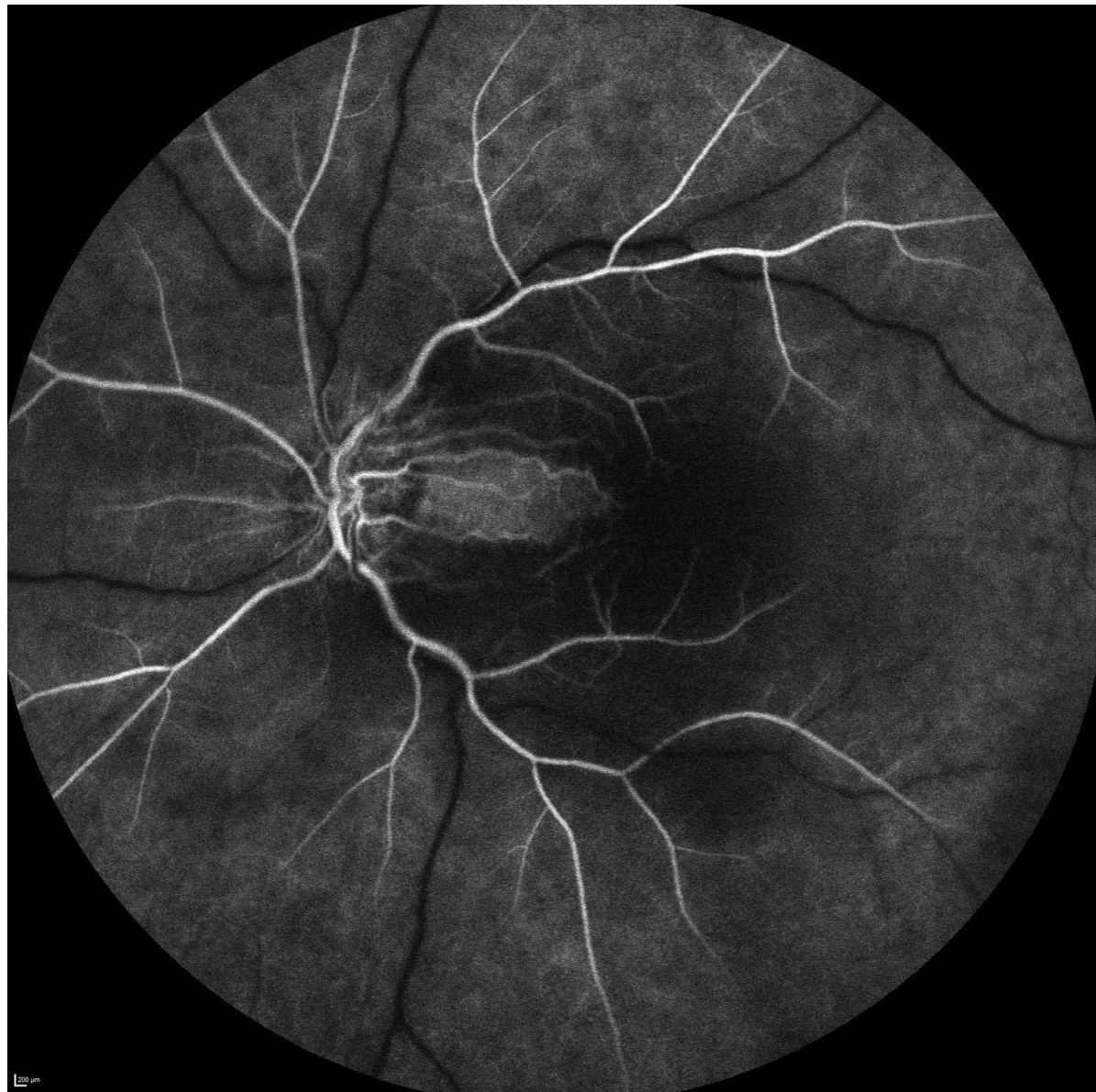
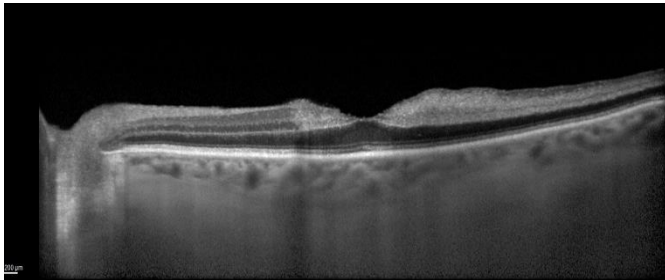
24 sec

04/01/2017, OS
FA 0:24.31 55° [HR]



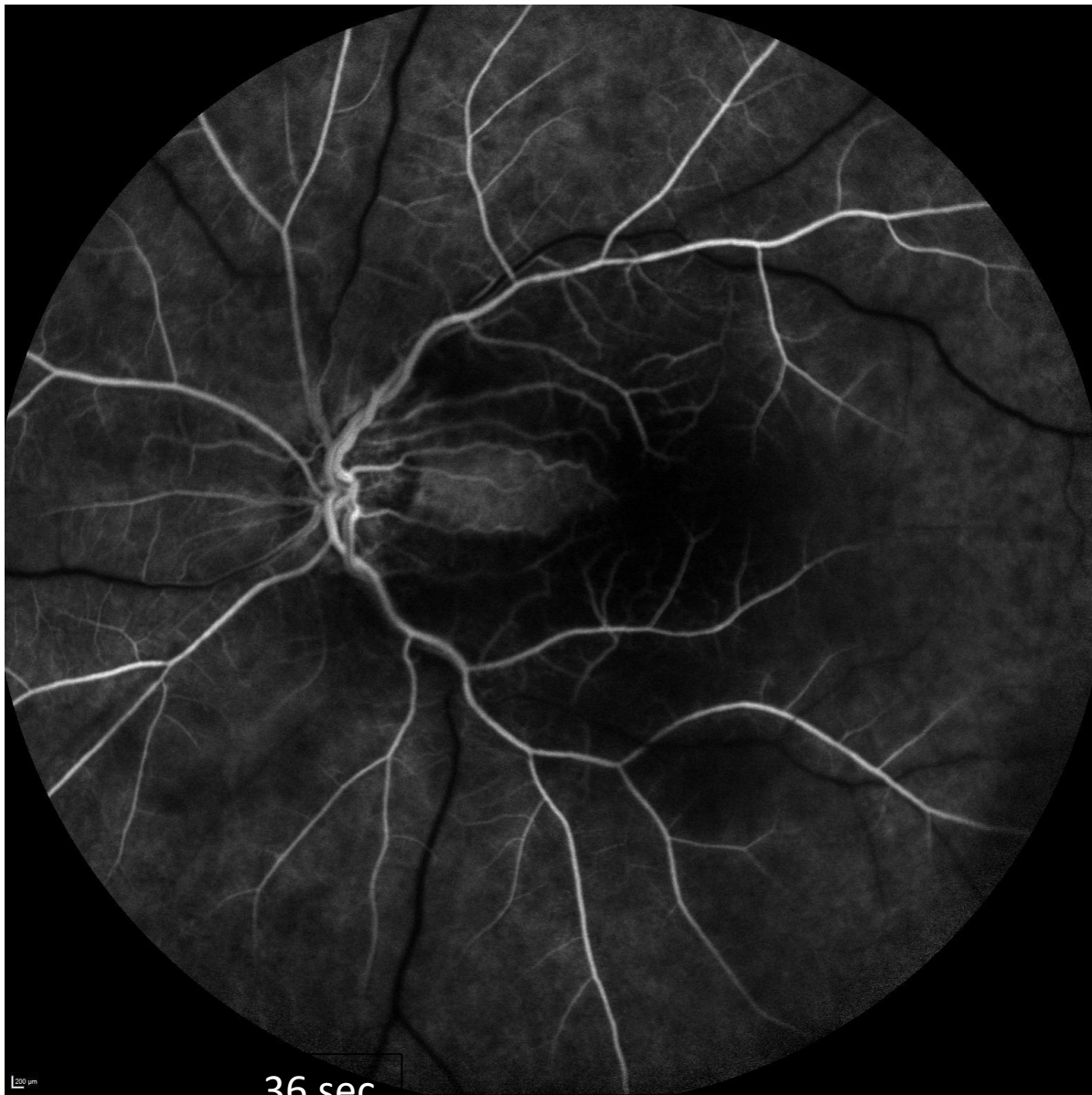
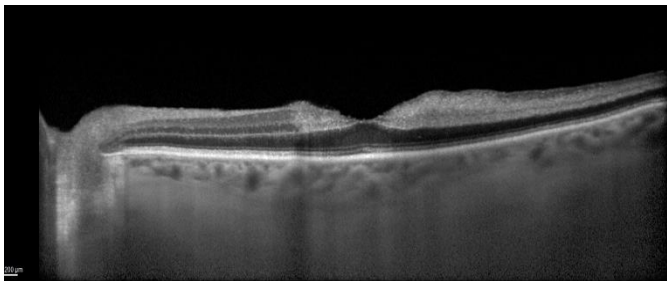
27 sec

04/01/2017, OS
FA 0:27.50 55° ART(5) [HR]

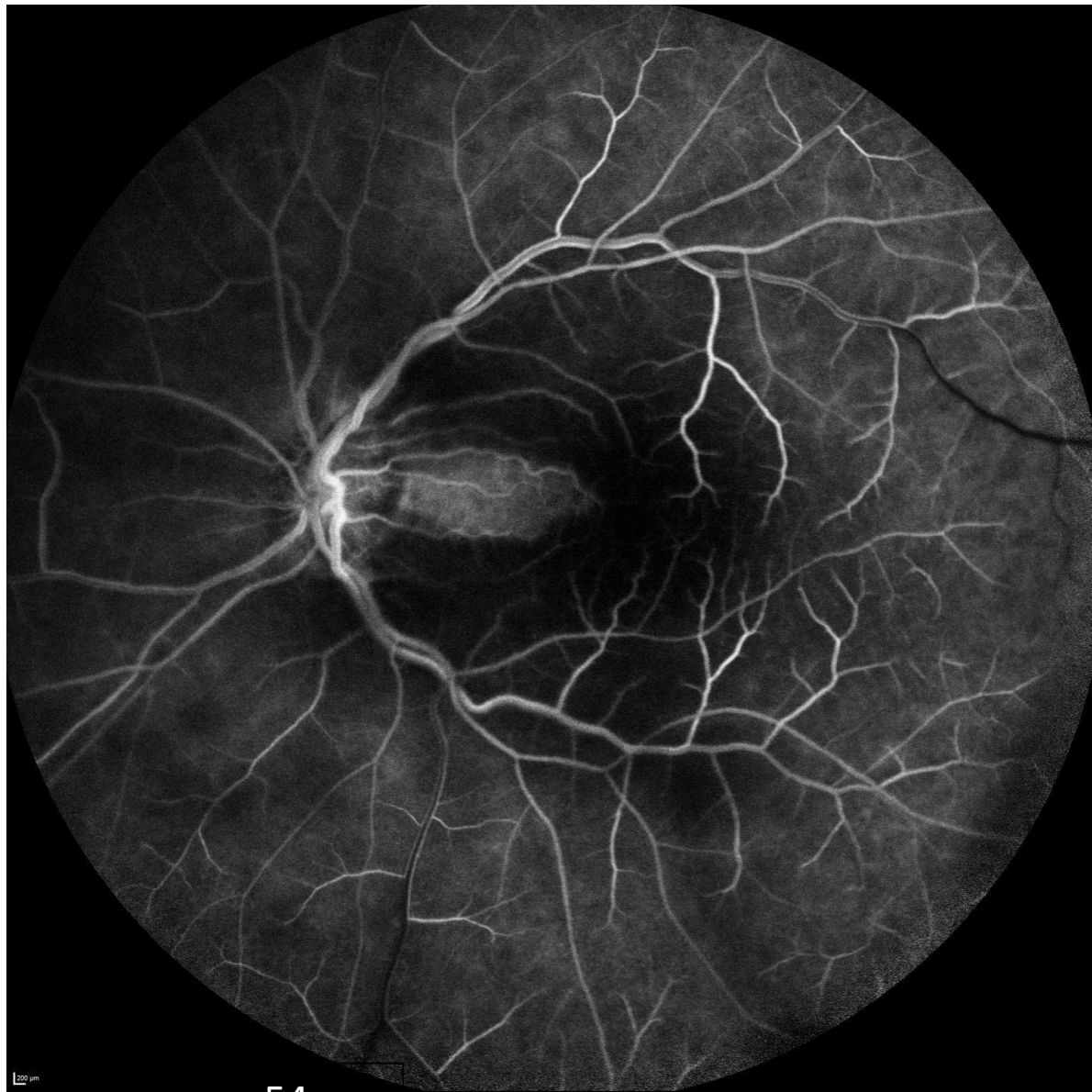
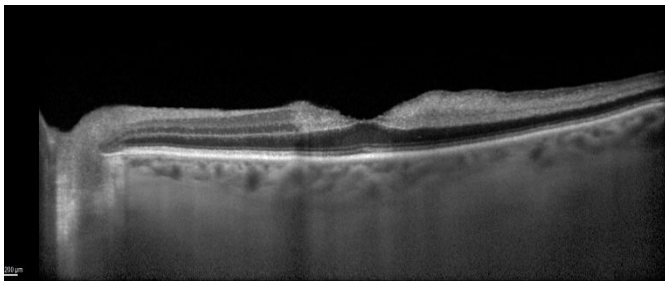


32 sec

04/01/2017, OS
FA 0:32.40 55° [HR]



04/01/2017, OS
FA 0:36.23 55° ART(7) [HR]



04/01/2017, OS
FA 0:54.54 55° ART(7) [HR]



Questions aux orateurs

Occlusion de l'artère centrale et de la rétine :

- Quand réaliser une angiographie à la fluorescéine ?
- Risque néo-vasculaire et OACR ?



Cas clinique



Patient de 87 ans

En cours de traitement
d'entretien par IVT d'anti-VEGF
pour une DMLA exsudative
bilatérale

Revient pour suspicion de récurrence œil gauche





Questions aux orateurs

Occlusion de branche artérielle rétinienne :

- Risque AVC et Anti-VEGF ?
 - Arrêt traitement de l'autre œil
 - Risque médicolégal
- Risque OAR secondaires cathétérismes vasculaires



Cas clinique

Patiente de 70 ans

BAV OG brutale depuis 7 jours

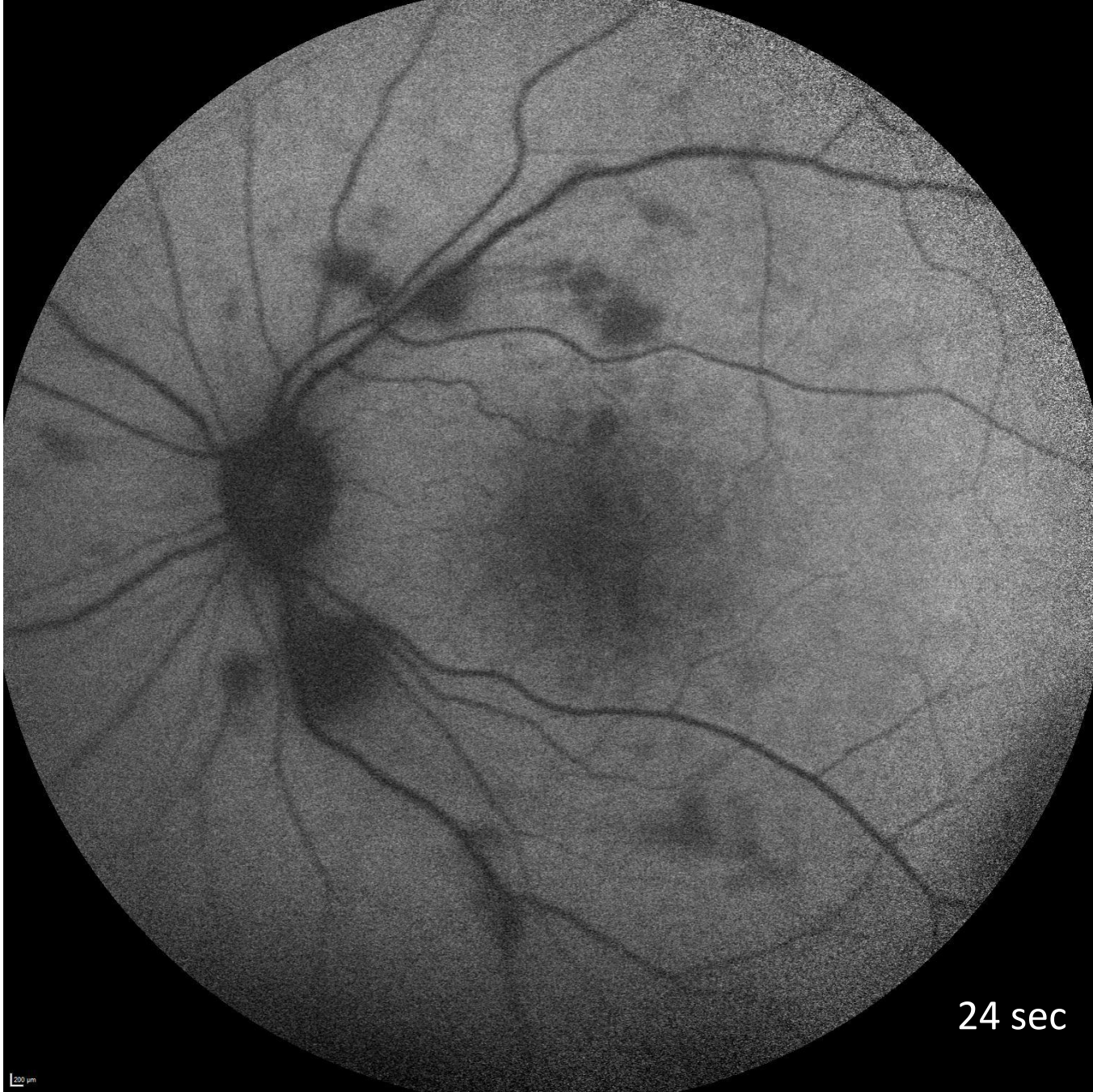
Amaurose transitoire 30 minutes

3 semaines auparavant

ATCD HTA traitée par Lodoz

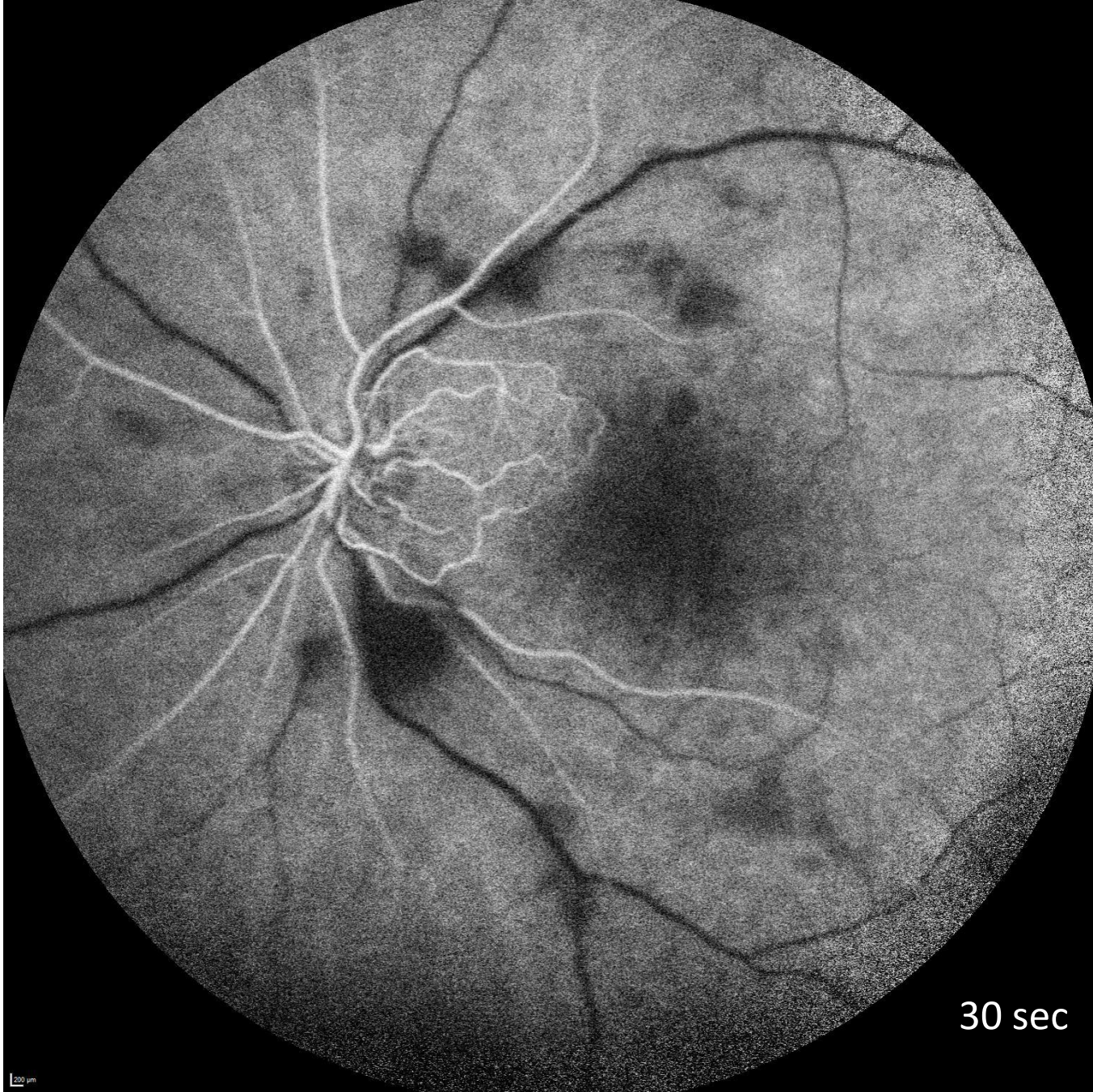
Av = 1/10 P14





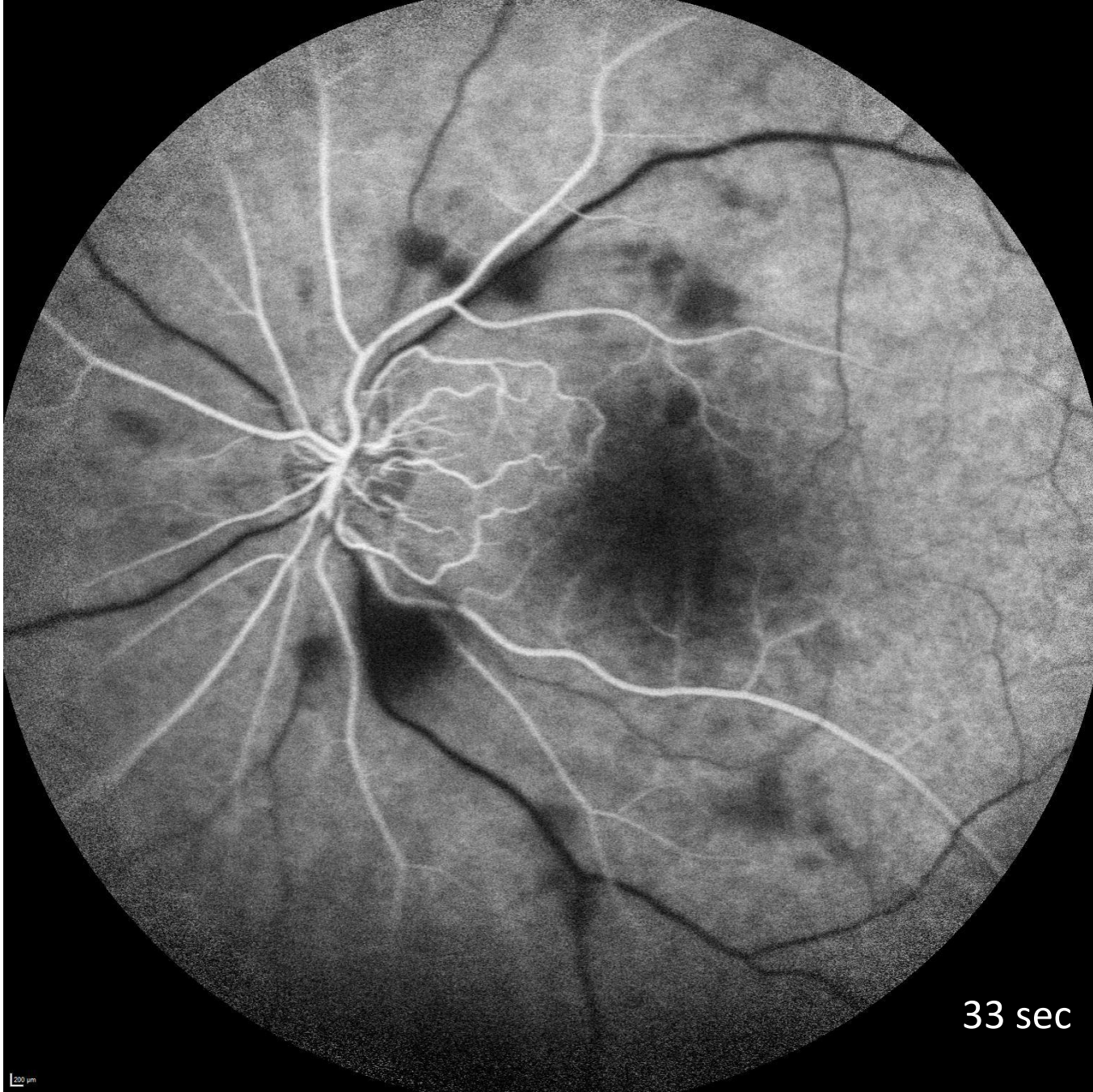
24 sec

200 µm



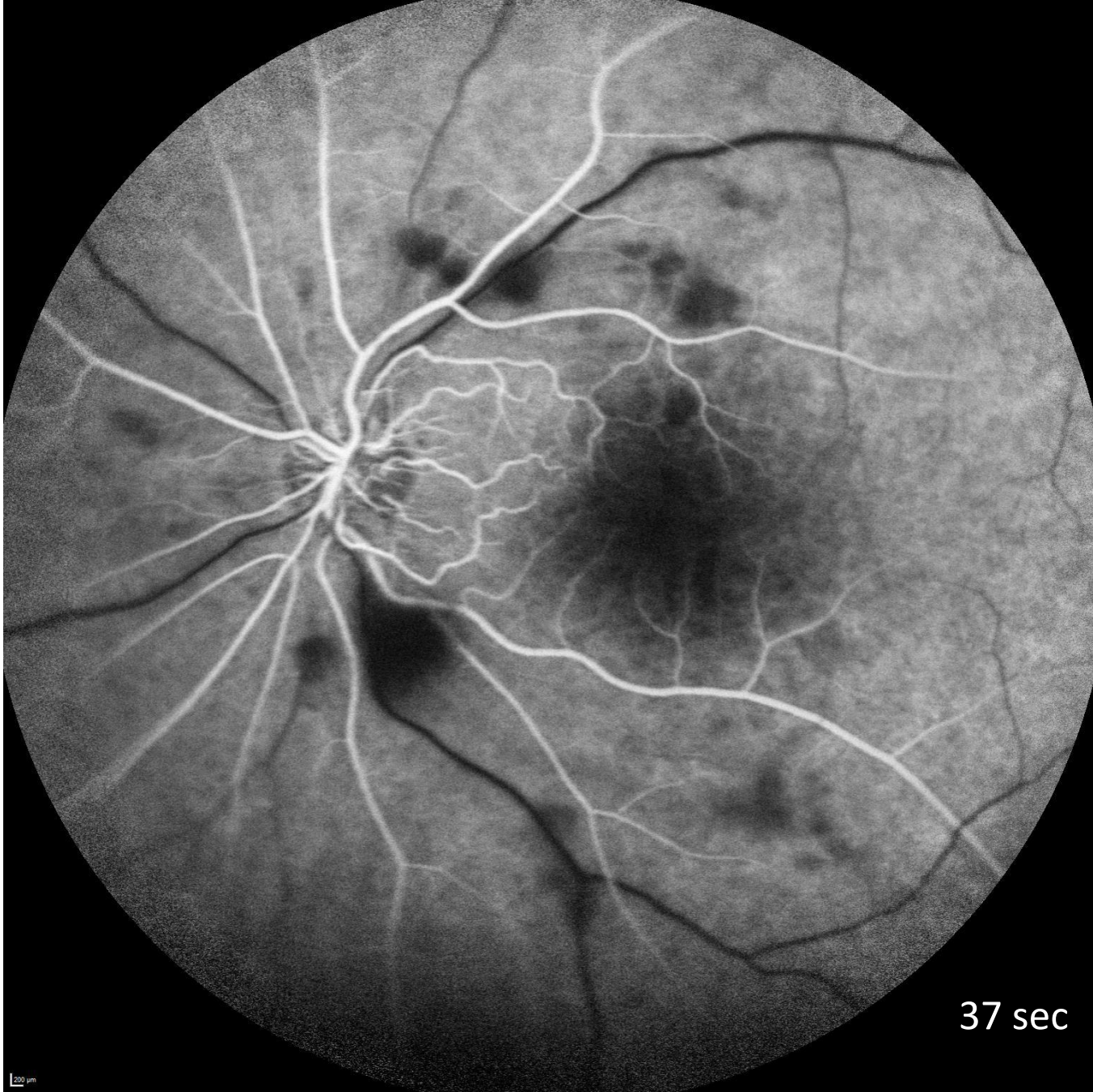
30 sec

200 μ m

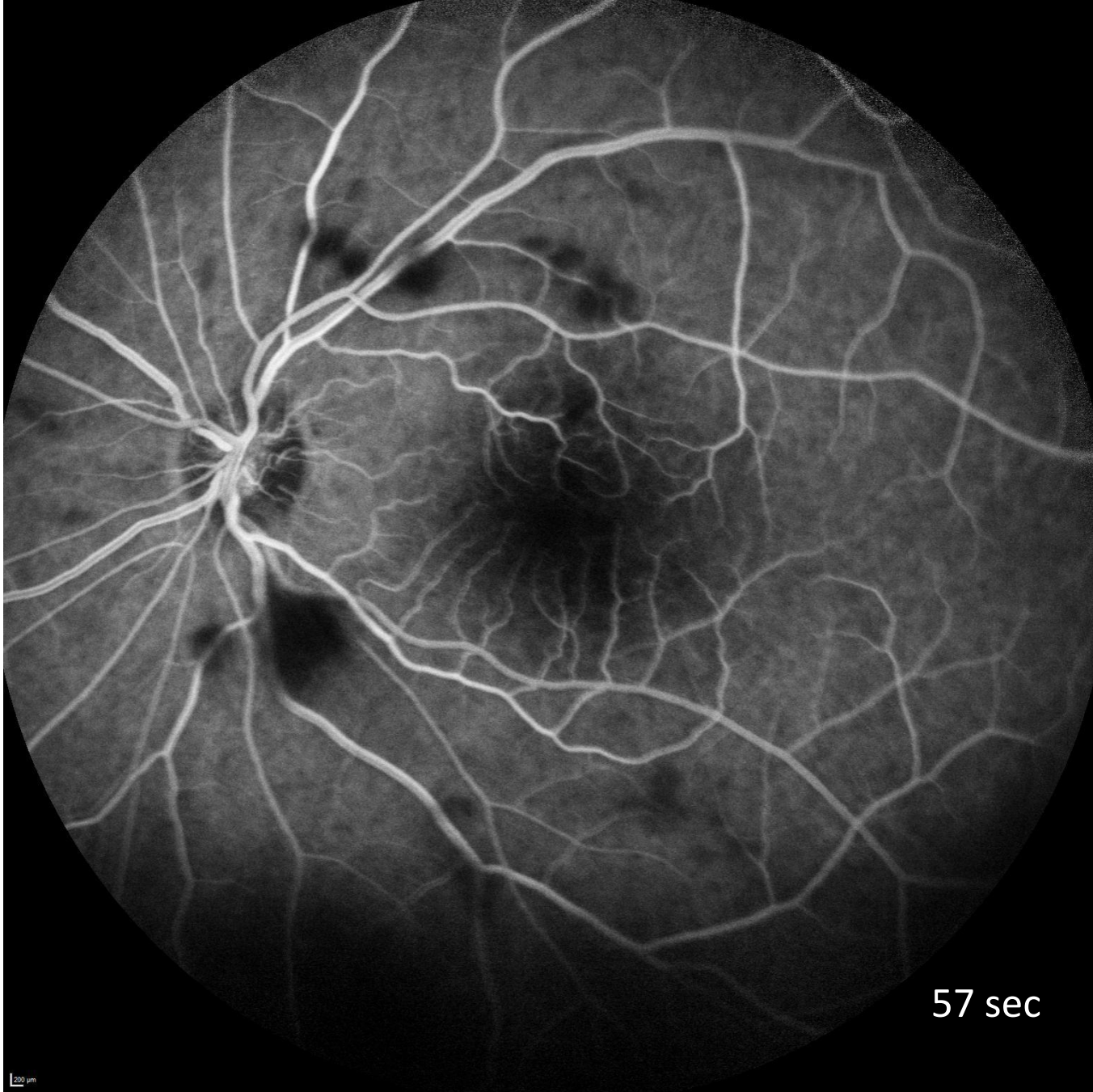


33 sec

200 μm

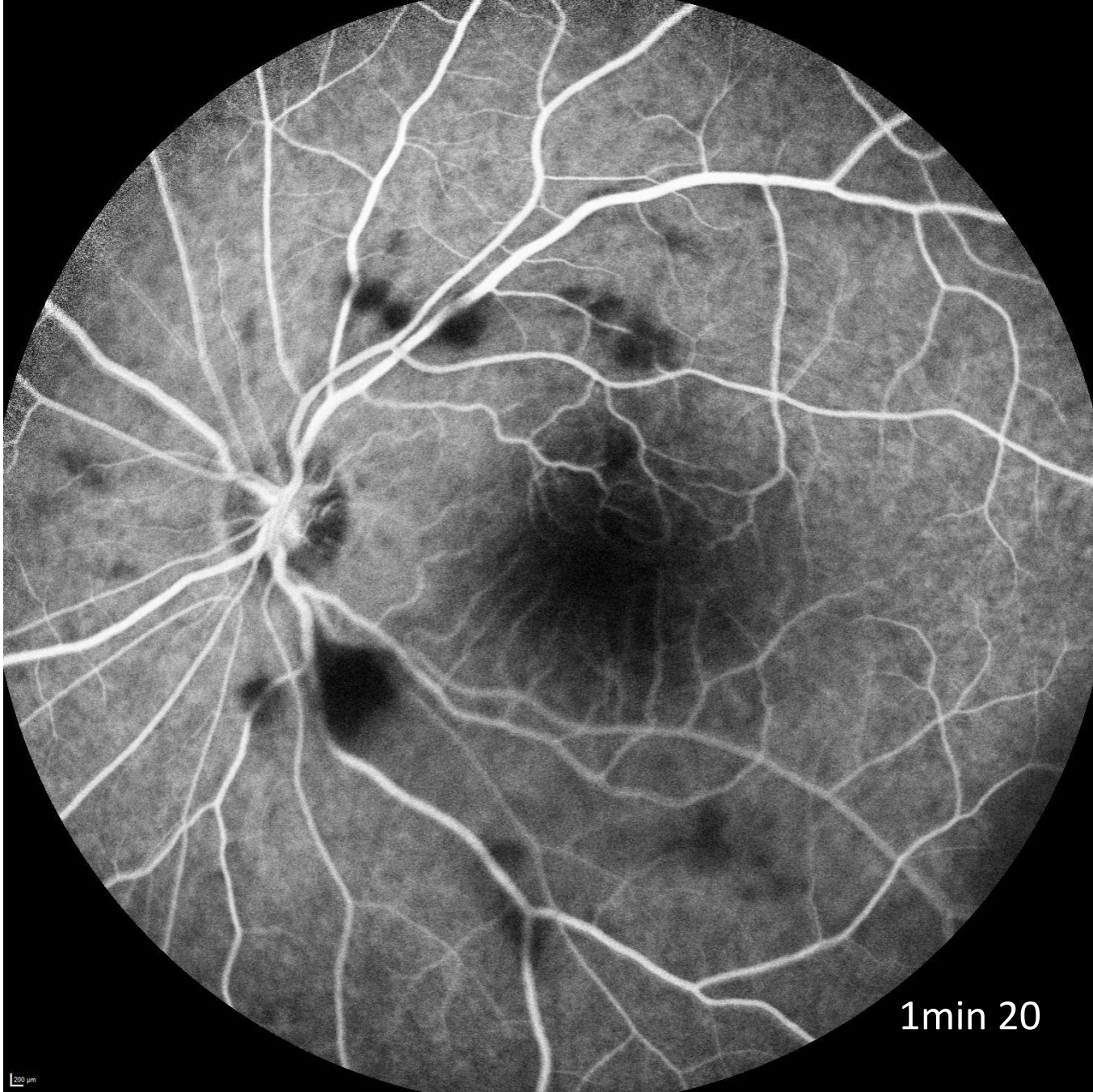


200 μ m

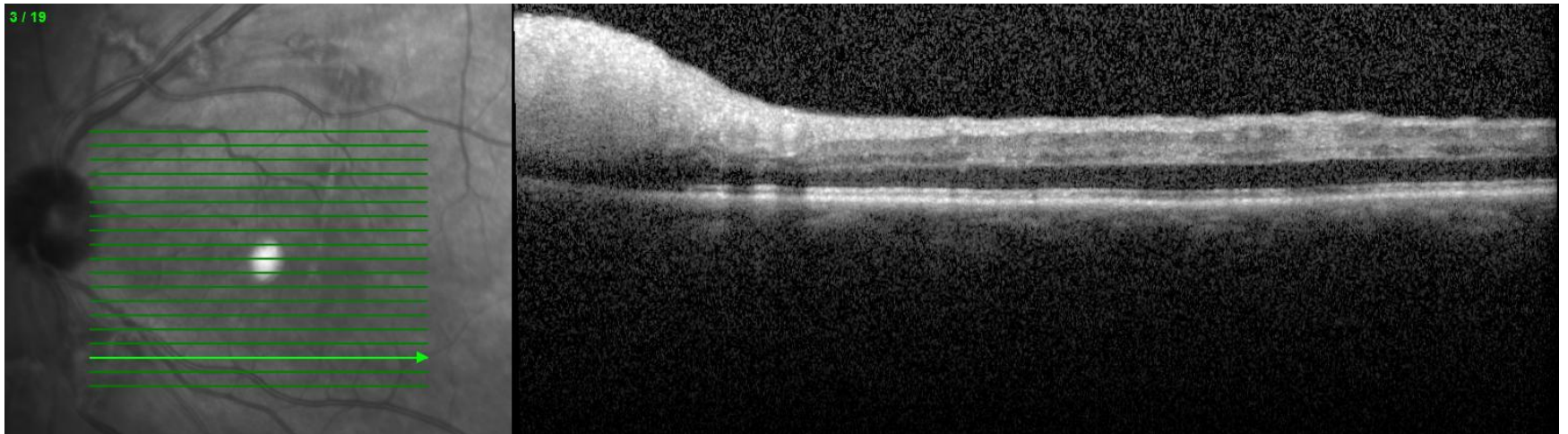
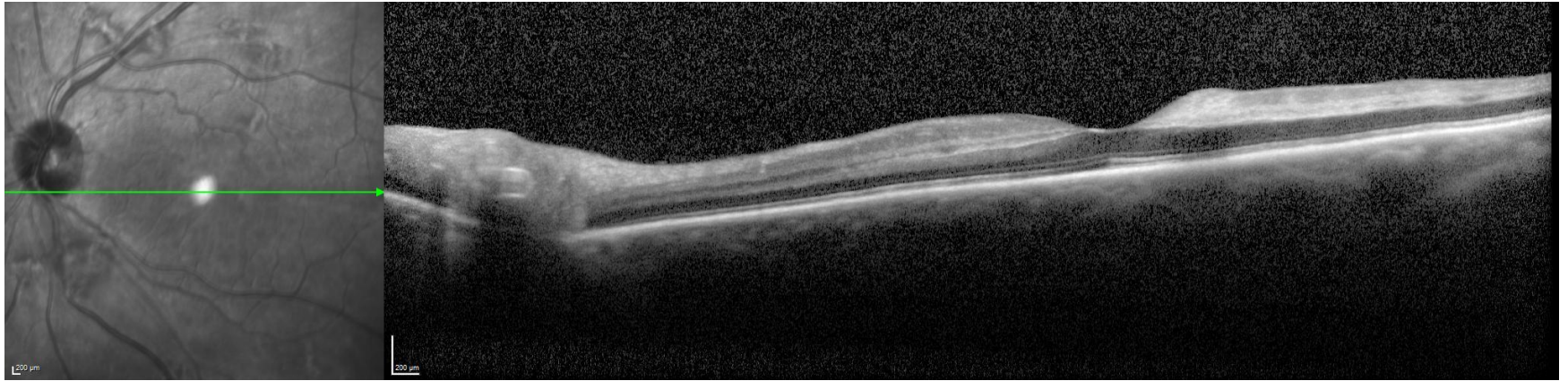


200 μm

57 sec



200 μm





Questions aux orateurs

- Bilan cardio-vasculaire
 - Echodoppler TSA normal
 - ECG normal
 - Echographie cardiaque normale
 - ECG nombreux épisodes de FA paroxystique
 - Traitement par AVK
- Bilan inflammatoire VS-CRP normal

Quel diagnostic évoquez-vous ?



OPHTALMO DUO 2017

Remerciements aux sponsors



Bayer HealthCare



NOVARTIS
PHARMACEUTICALS



ALLERGAN
Ophtalmologie

BAUSCH+LOMB
Mieux voir. Mieux vivre.



HOYA
SURGICAL OPTICS

LABORATOIRES
Théa
Moteur d'innovation

DENSMORE
Laboratoire
PHARMACEUTIQUE

LUCIOL Medics
Onectura™ See for yourself



PhysIOL
ADVANCED OPTICAL SOLUTIONS