



Poster N°: 1167

Décollement rétinien séreux bilatéral au décours d'une prééclampsie : a propos de 2 cas et revue de la littérature

Rania kalboussi, N. Dhifaoui, H Aloui, C. Mrzguia

service de gynécologie obstétrique de nabeul



Global Events
& Training Solutions
www.ipgets.tn

Introduction:

La pré-éclampsie est une pathologie potentiellement grave survenant au cours du troisième trimestre de la grossesse. Elle se définit par l'association d'une tension artérielle (TA) **supérieure à 140/90** et d'une protéinurie supérieure **à 0,3 g/24 heures** chez une femme **de plus de 20 semaines d'aménorrhée**. Ses principales complications sont le syndrome HELLP puis l'éclampsie. La manifestation ophtalmologique la plus fréquente de la pré-éclampsie est une diminution du calibre des artères rétinienne dont la prévalence augmente avec sa sévérité. Elle est le plus souvent asymptomatique, régresse sans séquelle à l'accouchement et ne justifie pas un dépistage systématique. D'autres manifestations cliniquement plus bruyantes sont heureusement plus rares, voire exceptionnelles. Parmi elles, par ordre de gravité décroissante, on trouve la cécité corticale, la neuropathie optique et enfin le décollement séreux rétinien (DSR). Nous rapportons les cas de deux patientes ayant présenté au cours d'une pré-éclampsie un DSR d'évolution favorable en post-partum.

1 er Cas clinique :

Il s'agit d'une patiente âgée de 26 ans sans antécédents pathologiques notables G1P1 admise a un terme de 33SA +4J pour chiffres tensionnels élevés. Grossesse compliquée de diabète gestationnel sous régime jusque-là bien équilibré. Durant l'hospitalisation les chiffres tensionnels étaient équilibrés sous antihypertenseur central : Aldomet 250 1*3/j avec protéinurie de 24 h à 2.59g/24h. Bilan biologique initial correct.

l'évolution a été marqué par l'apparition d'une insuffisance rénale: clearance a 52 et d'un flou visuel qui a nécessité un examen ophtalmologique en urgence revenu en faveur d'un décollement rétinien séreux bilatéral .une surveillance armée a été opter et devant l'aggravation de la fonction rénale avec des chiffres tensionnels entre 16 et 17 systoliques, une extraction en urgence par césarienne a un terme de 34 SA et 5J d'un nouveau-né de sexe masculin Apgar 8.9 PN:2200 avec bonne évolution clinique .

2 ème Cas Clinique :

Il s'agit une patiente âgée de 32 ans G4P3 aux antécédents de pré éclampsie dans les grossesse précédentes, utérus bicatriciel admise en urgence a 29 SA pour une tension a (20-11) avec une protéinurie a 3 croix au labstix et des signes neurosensoriels (voile visuel bilatéral , céphalées) avec au bilan biologique une thrombopénie a 90000 .le diagnostic de pré éclampsie sévère avec une nécessité d'extraction en urgence . les suites opératoires :normalisation de la tension et de la biologie .devant la persistance du voile visuel bilatéral un examen ophtalmologique qui a été demandé avec comme résultat un décollement rétinien séreux bilatéral . Qui s'est normalisé spontanément un mois après l'accouchement.

Discussion :

Le **DSR** est une complication très rare de la pré éclampsie. En effet, elle concernerait moins d'une patiente pré-éclampsique sur 10 000. Cependant, on peut penser que cette incidence est sous-estimée du fait de l'absence d'examen ophtalmologique systématique .Selon une revue récente de la littérature, le DSR de la pré-éclampsie est le plus souvent bilatéral (89 %) et est plus fréquent chez des femmes primipares (60 %), la primiparité étant elle-même un facteur de risque de pré-éclampsie. Il serait fréquemment associé à un syndrome HELLP.

Ainsi, une femme pré-éclampsique aurait **sept fois** plus de risque de développer un DSR si elle présente un syndrome HELLP.

Ces observations soulèvent plusieurs interrogations. Les patientes présentant une pré-éclampsie non compliquée de HELLP pourraient présenter des symptômes a minima pouvant faire passer inaperçu un DSR. Le DSR ne serait alors pas plus fréquent mais seulement plus important chez les patientes compliquées de HELLP. On peut d'ailleurs supposer un parallélisme entre l'importance clinique des œdèmes et de l'ascite et celle du DSR. De la même façon, la protéinurie pourrait être plus élevée chez les patientes présentant un DSR majeur. **La rareté de l'affection ne permet pas de mettre en évidence de lien significatif entre ces données.**

Au cours de la pré-éclampsie, le DSR trouverait donc probablement son origine dans une ischémie choroïdienne comme le suggèrent Valluri et al. Ischémie réversible sans traitement et qui ne laisserait pas de séquelle à court terme puisque nos deux patientes ainsi que la majorité des cas décrits dans la littérature récupèrent une acuité visuelle normale ou subnormale quelle que soit l'importance du décollement.

Conclusion :

Le DSR de la pré-éclampsie est une pathologie rare et de pronostic favorable qui peut survenir même en postpartum immédiat. Ce diagnostic doit être évoqué chez toute patiente pré-éclampsique et faire suspecter une aggravation imminente de son état général. Inversement, une pré éclampsie doit toujours être suspectée chez une patiente présentant un DSR, même asymptomatique, au cours du troisième trimestre de grossesse