

Rupture traumatique de la membrane de Bruch

Traumatic Rupture of the Bruch Membrane

N. Taouri · O. Cherkaoui

© SFMU et Lavoisier SAS 2020

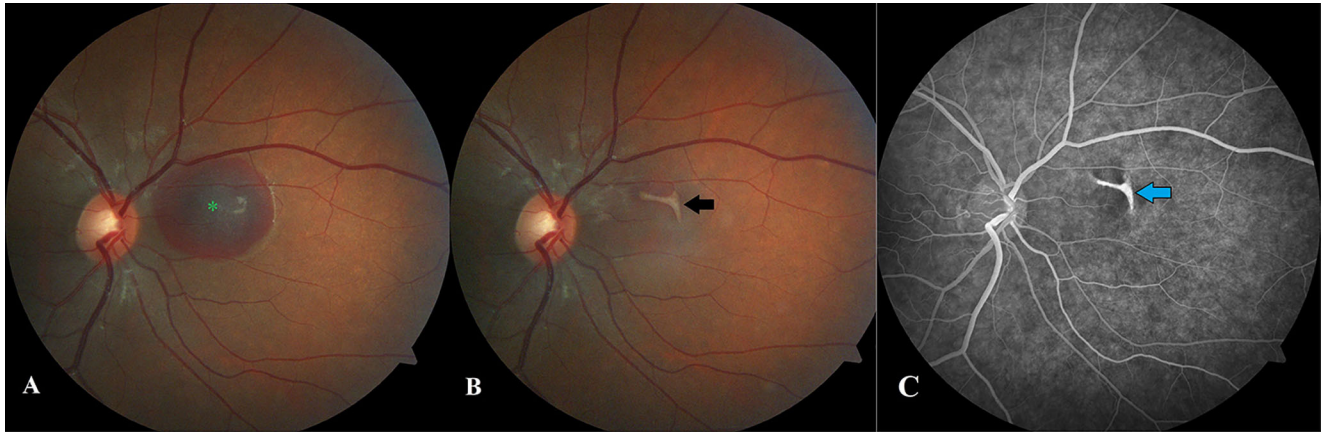


Fig. 1 A. Rétinographie de l'œil droit montrant une hémorragie sous-rétinienne (astérisque vert). B. Disparition de l'hémorragie et apparition de la ligne blanc jaunâtre bien limitée qui correspond à la rupture de la membrane de Bruch (flèche noire). C. La rupture est visible sur l'angiographie à la fluorescéine comme une zone hyperfluorescente (flèche bleue)

Il s'agit d'une patiente âgée de 32 ans, consultant aux urgences suite à un traumatisme contusif de l'œil droit par un coup de poing, ayant occasionné un œil rouge légèrement douloureux, sans baisse de l'acuité visuelle. L'examen clinique réalisé le même jour du traumatisme retrouvait une acuité visuelle à 10/10 à l'œil droit. L'examen biomicroscopique n'a pas révélé de lésions cornéosclérales ni de chémosis, avec un test à la fluorescéine négative, la chambre antérieure était de bonne profondeur sans hyphema, et le cristallin était clair et en place. L'examen de l'œil adelphe était normal. Après dilatation pupillaire, l'examen du fond d'œil a objectivé une hémorragie sous-rétinienne à localisation supéronasale de la papille, sa hauteur était d'environ de 2 diamètres papillaires, avec une macula normale (Fig. 1A). Le fond d'œil et le tonus oculaire ont été surveillés d'une façon hebdomadaire. Au cours des contrôles, la résorption progressive de l'hémorragie sur quatre semaines a été observée, révélant

une rupture de la membrane de Bruch (Fig. 1B). L'angiographie à la fluorescéine réalisée après la résorption de l'hémorragie a montré une hyperfluorescence spontanée par effet fenêtre de la rupture sans diffusion de produit de contraste (Fig. 1C). La surveillance mensuelle sur une durée de six mois n'a pas révélé le développement des néovaisseaux choroïdiens, qui représentent la complication la plus redoutée.

Les traumatismes oculaires sont un motif de consultation fréquent aux urgences. Et la contusion oculaire représente 1,3 % de ces traumatismes [1], elle peut être à l'origine de plusieurs lésions indirectes, par la déformation du globe oculaire secondaire à l'impact, telles qu'une rupture de la membrane de Bruch. Cette dernière, encore appelée également « rupture choroïdienne », constitue une complication de la contusion à globe fermé. Quand elles siègent dans la région maculaire, le tableau clinique se manifeste par une baisse de l'acuité visuelle. Mais dans la localisation extrafovéolaire, l'acuité visuelle peut rester conservée d'où l'intérêt de l'examen du fond d'œil devant tout traumatisme contusif de l'œil [2]. Comme tout mécanisme contusif, la rupture survient le plus souvent par un mécanisme indirect avec des lignes de rupture à grand axe vertical localisées au pôle postérieur et concentriques par rapport au nerf optique ou elle peut

N. Taouri (✉) · O. Cherkaoui
Département A d'ophtalmologie,
université Mohammed-V,
Souissi, Rabat, Maroc
e-mail : Ophthalmo-taouri@outlook.fr

survenir aussi par un mécanisme direct au site d'impact, avec des lignes de rupture équatoriales parallèles à l'ora serrata [2]. En général, les lésions sont non identifiées à l'examen du fond d'œil initial à cause des hémorragies rétiniennees associées, ce n'est qu'après la résorption spontanée de l'hémorragie qu'apparaît la rupture de la membrane de Bruch [2]. Le pronostic dépend de la localisation des lésions et de la survenue d'une néovascularisation choroïdienne qui peut apparaître en général dans les premiers 12 mois qui suivent le traumatisme, d'où l'intérêt d'une surveillance régulière du fond d'œil [2]. Donc, on retient qu'il est essentiel face à un

traumatisme oculaire contusif de réaliser un examen ophtalmologique complet qui comprend un examen du fond d'œil.

Références

1. Usmani B, Latif A, Iftikhar M, et al (2020) Eye trauma in falls presenting to the emergency department from 2006 through 2015. *Br J Ophthalmol* 104 in press
2. Patel MM, Chee YE, Elliott D (2013) Choroidal rupture: a review. *Int Ophthalmol Clin* 53:69–78