



HAL
open science

Retinopathie drepanocytaire

V. Budnikova, Marie-Benedicte Rougier, Jean-Francois Korobelnik,
Marie-Noelle Delyfer, Sarra Gattoussi

► **To cite this version:**

V. Budnikova, Marie-Benedicte Rougier, Jean-Francois Korobelnik, Marie-Noelle Delyfer, Sarra Gattoussi. Retinopathie drepanocytaire. Journal Français d'Ophtalmologie, 2022, 45 (6), pp.677-679. 10.1016/j.jfo.2021.11.014 . hal-03721326

HAL Id: hal-03721326

<https://hal.science/hal-03721326>

Submitted on 22 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Rétinopathie drépanocytaire Sickle cell retinopathy

V. Budnikova*, M.-B. Rougier, J.-F. Korobelnik, M.-N. Delyfer

Centre François-Xavier Michelet, Groupe hospitalier Pellegrin, CHU de Bordeaux, place
Amélie Raba-Léon, 33000 Bordeaux

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : victoria.budnikova@laposte.net (V. Budnikova).

Titre courant : Rétinopathie drépanocytaire

Rétinopathie drépanocytaire

Sickle cell retinopathy

Patient de 22 ans présentant une drépanocytose de type SC rapportant une gêne visuelle à la lecture malgré une acuité visuelle conservée à 10/10 des deux côtés. Le champ visuel automatisé (Fig. 2B) retrouvait des déficits paracentraux non expliqués par l'imagerie couleurs (Fig. 1A) et l'angiographie fluorescéinique (Fig. 1B). Ces deux examens mettaient en évidence des stops vasculaires périphériques sans néovascularisation associée et des lésions hyperpigmentées (*black sunbursts*). L'OCT-B « grand champ » mettait en évidence une atrophie des couches internes de la rétine en temporal des deux côtés (Fig. 2C). L'analyse confocale en OCT-A ne révélait rien de franc au niveau du plexus capillaire superficiel (Fig. 2D et 2E). En revanche, l'analyse du plexus capillaire profond objectivait des pertes de flux (Fig. 2F) témoignant d'altérations du lit capillaire au niveau de la nucléaire interne et la plexiforme externe, également bien visibles sur l'image de structure infrarouge associée (Fig. 2G), ce qui expliquait l'atrophie neuronale observée en OCT-B et la symptomatologie du patient.

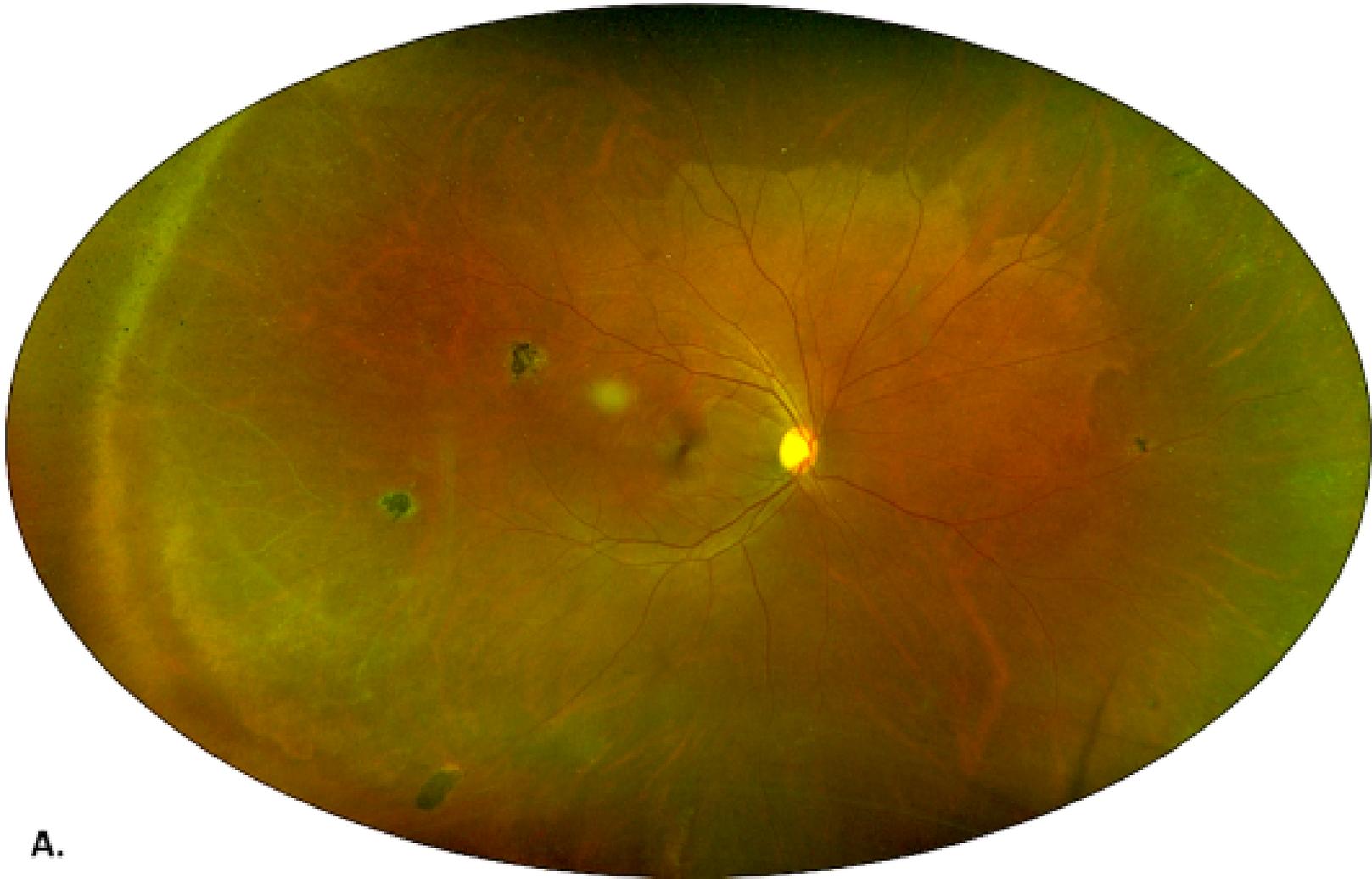
Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

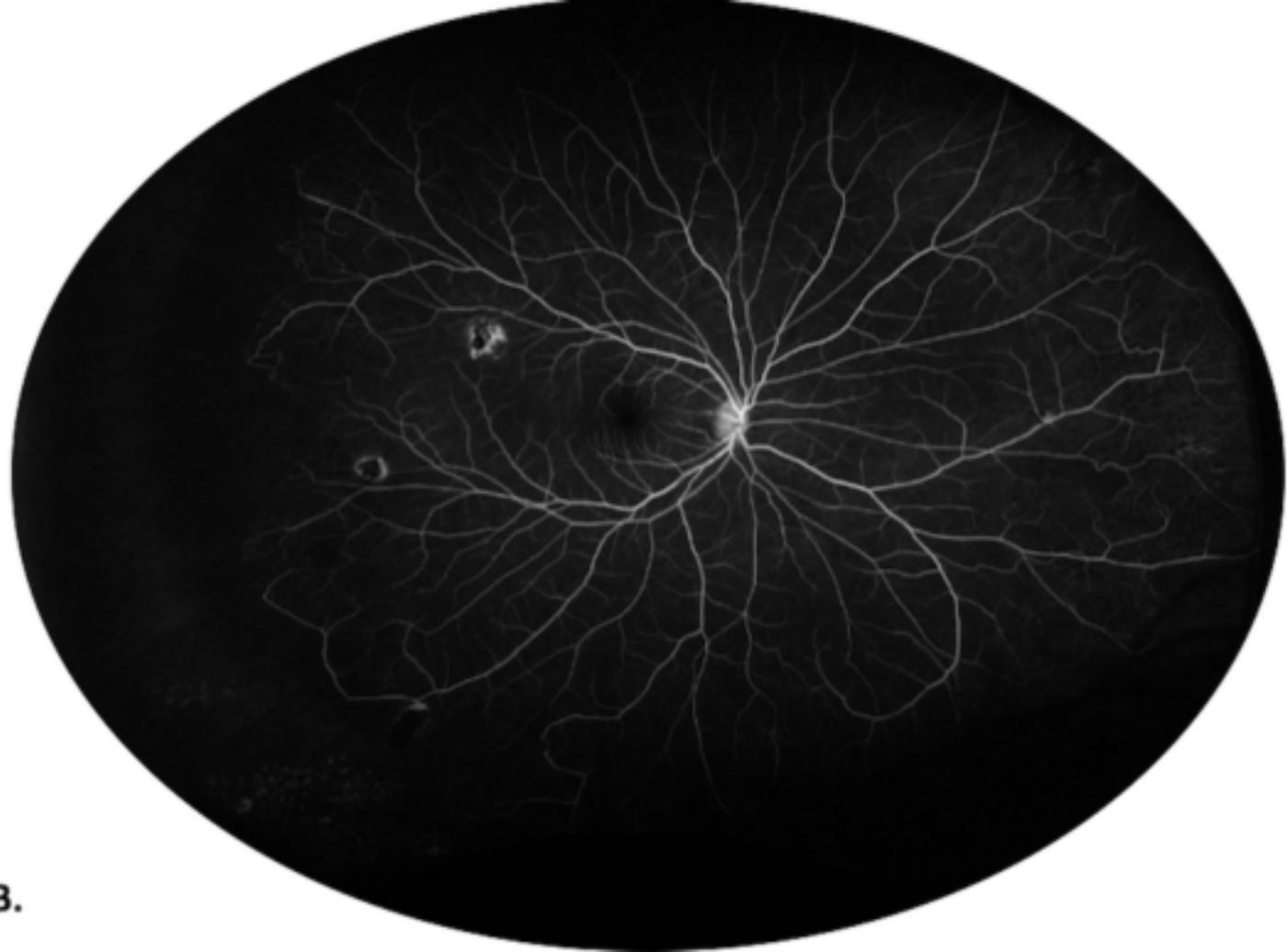
Légendes des figures

Figure 1. A : image « grand champ » de l'œil droit (California[®], Optos). B. Angiographie fluorescéinique de l'œil droit (California[®], Optos).

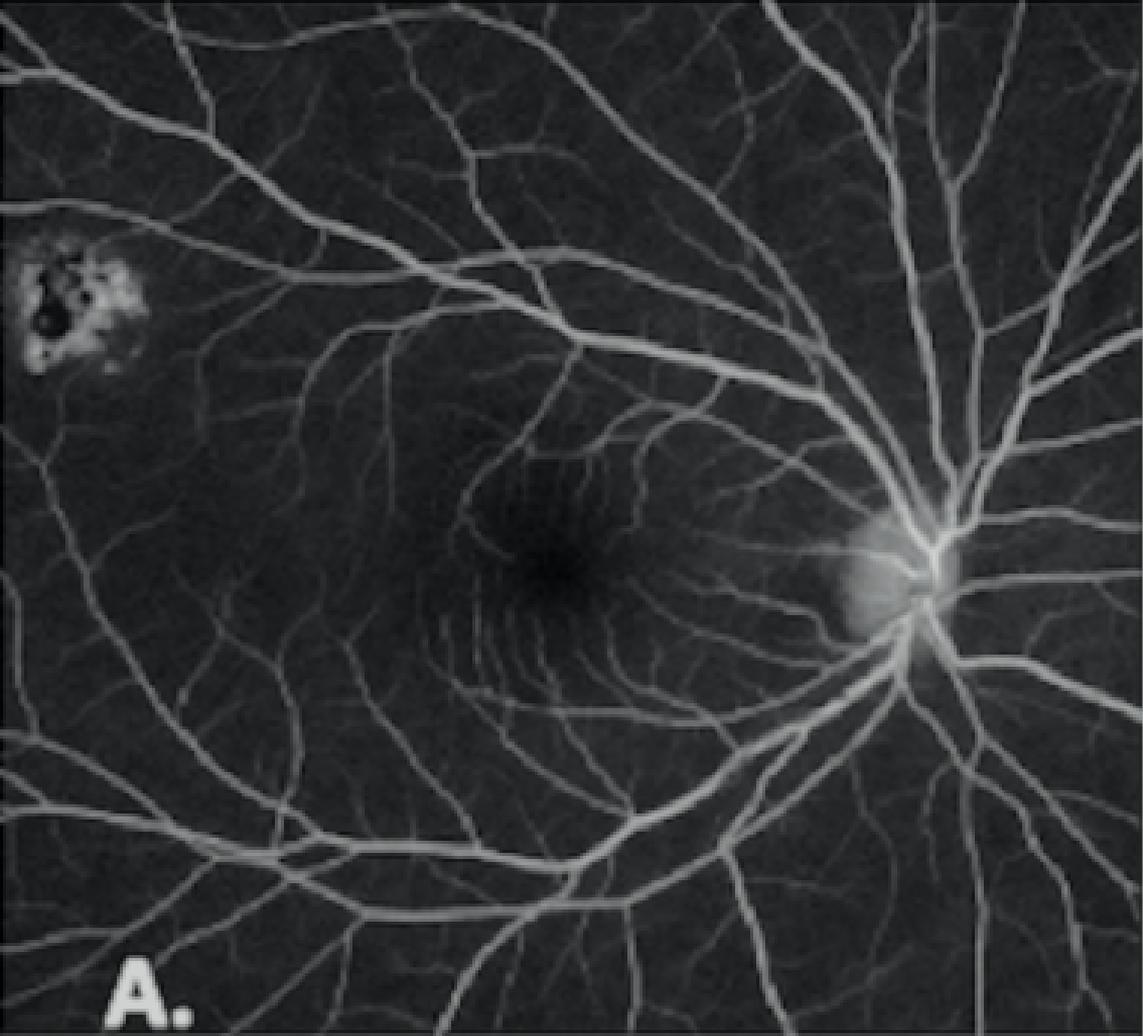
Figure 2. A : angiographie fluorescéinique zoomée sur la région maculaire de l'œil droit (California[®], Optos); B : champ visuel automatisé de l'œil droit ; C : OCT-B « grand champ » HD (ligne de 16 mm, 100 MHz, PLEXelite[®], Zeiss) ; D : OCT-A du plexus capillaire superficiel (PLEXelite[®], Zeiss) ; E : analyse confocale de structure en infrarouge du plexus capillaire superficiel (PLEXelite[®], Zeiss) ; F : OCT-A du plexus capillaire profond (PLEXelite[®], Zeiss) ; G : analyse confocale de structure en infrarouge du plexus capillaire profond (PLEXelite[®], Zeiss).



A.



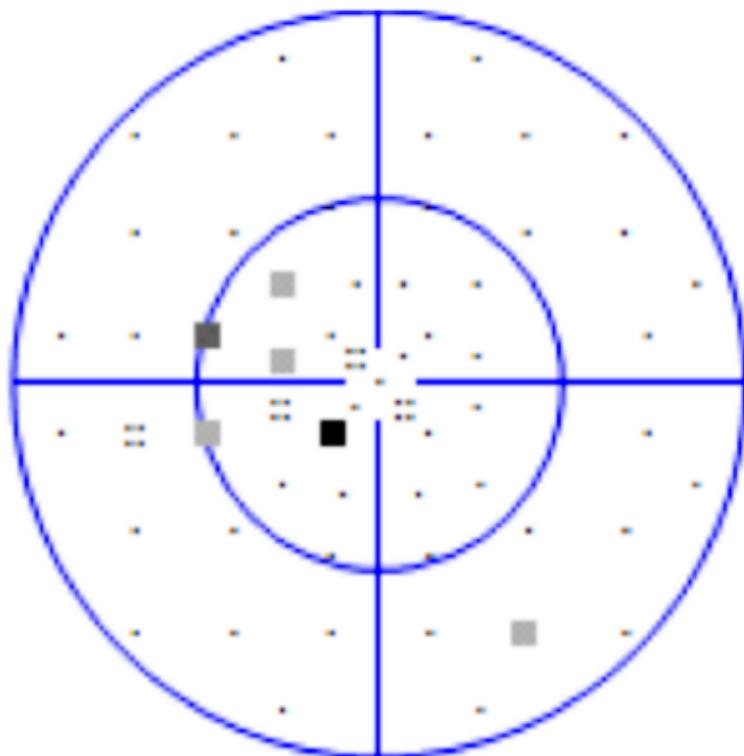
B.



A.

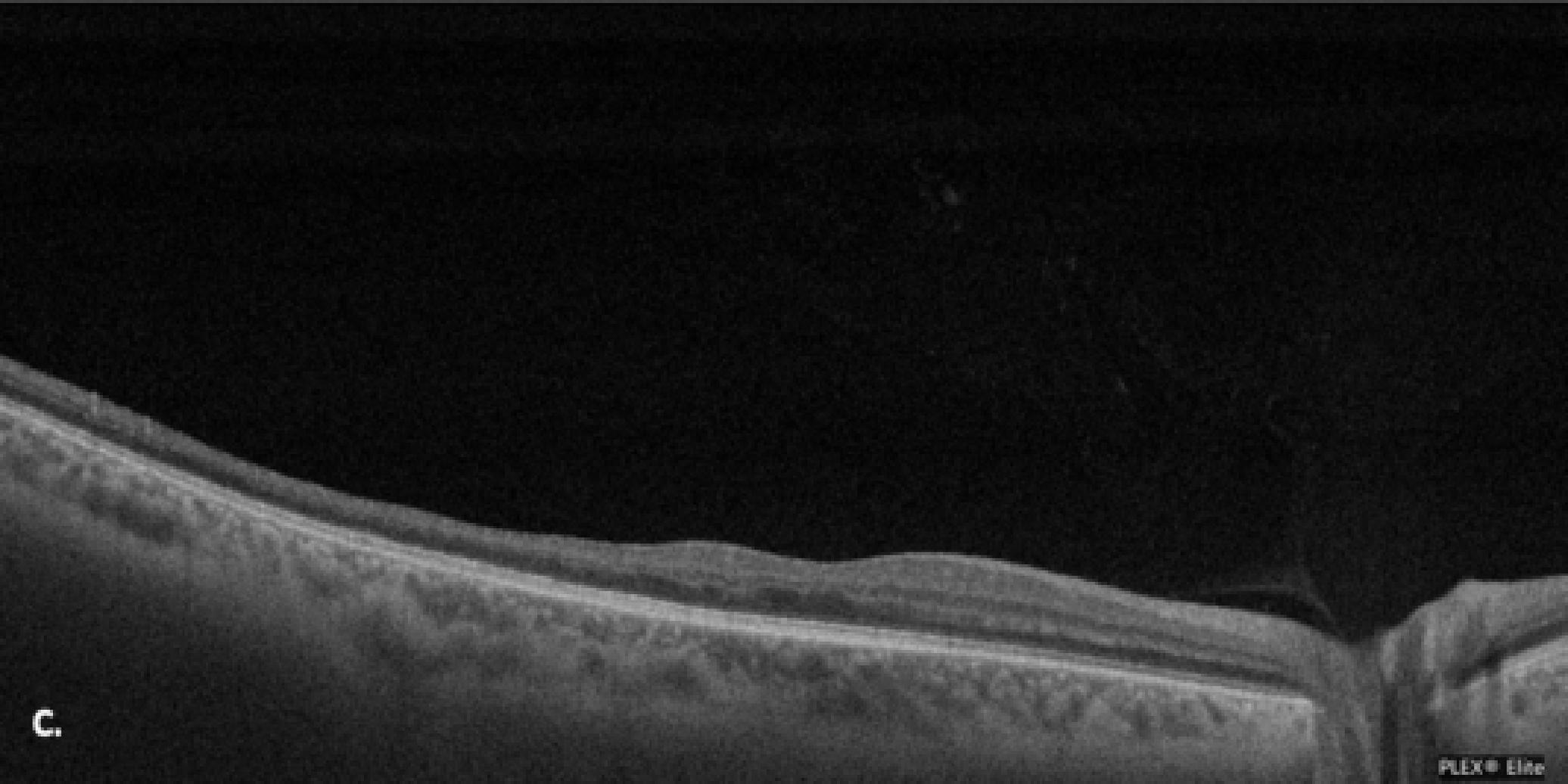
Probabilité corrigée

30°



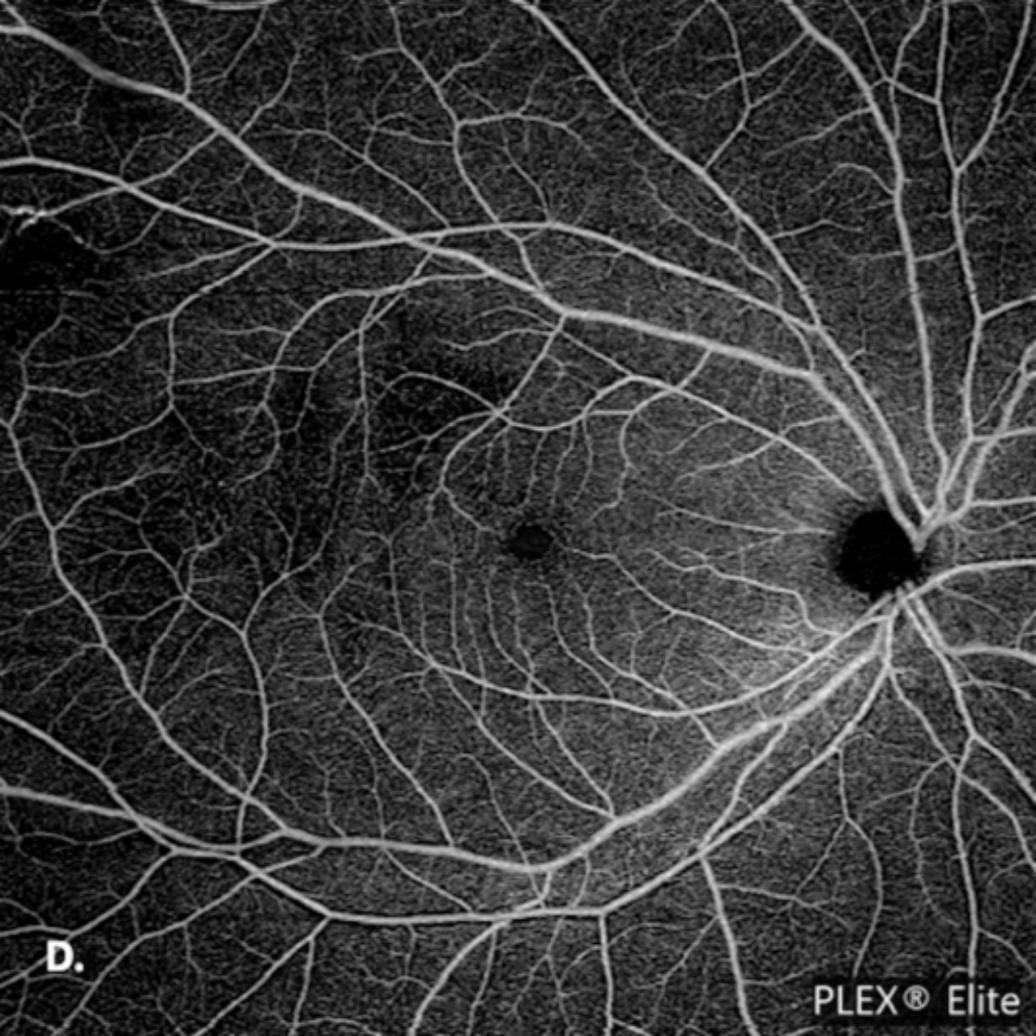
- $P > 5$
- $P < 5$
- $P < 2$
- $P < 1$
- $P < 0.5$

B.



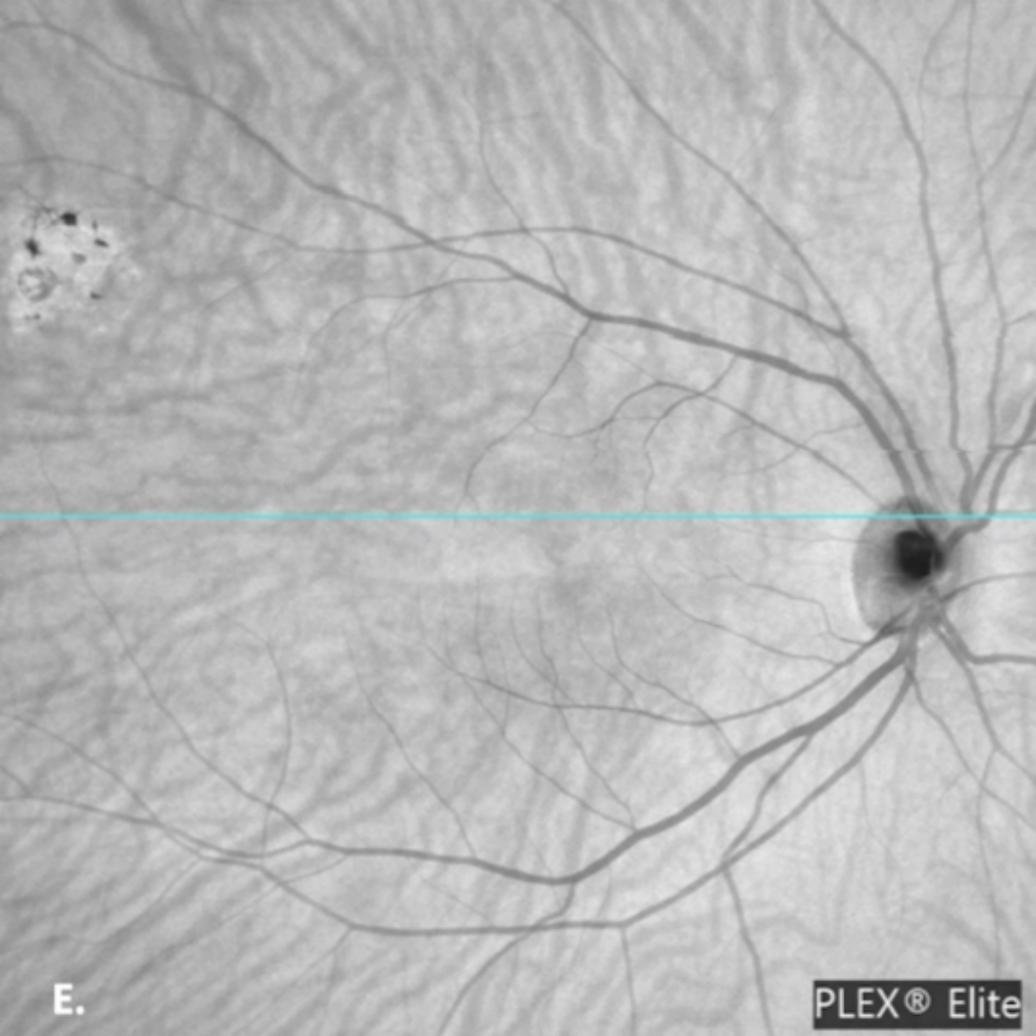
C.

PLEX® Elite



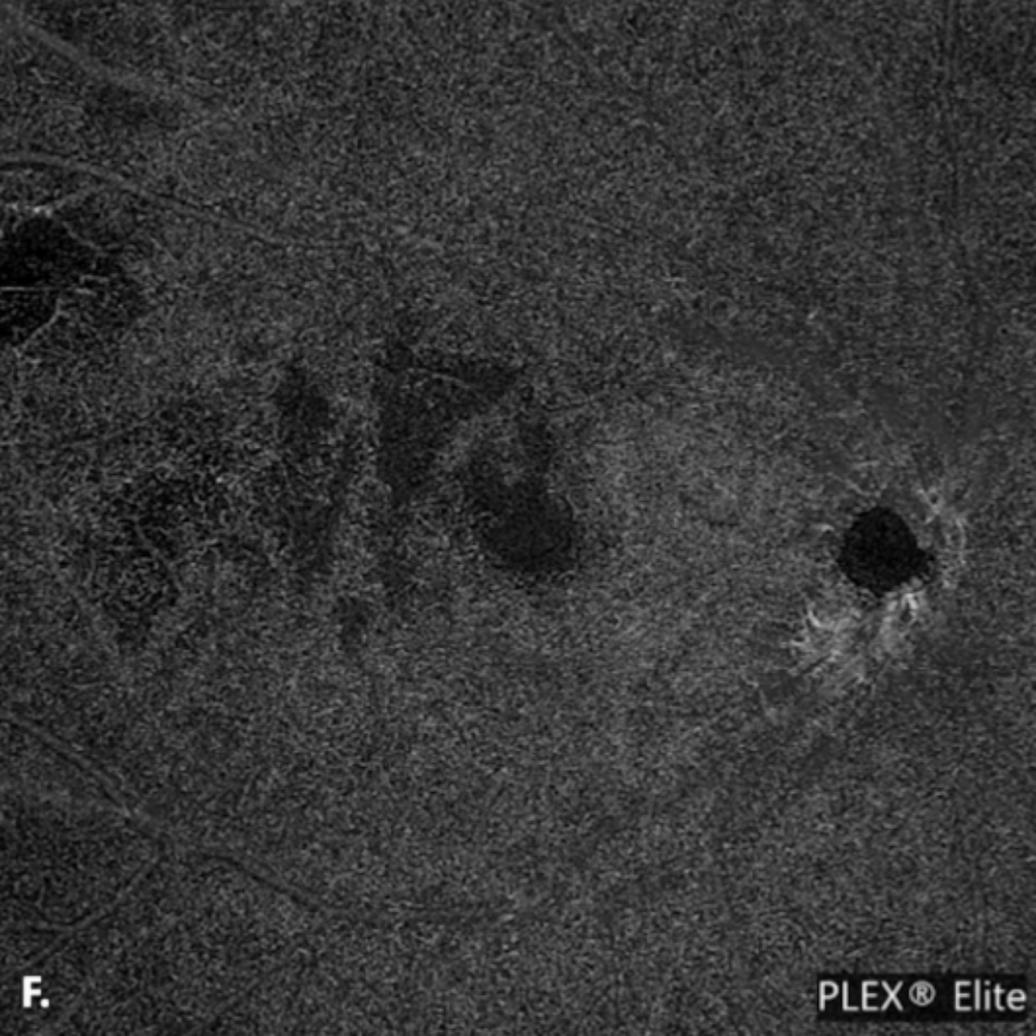
D.

PLEX® Elite



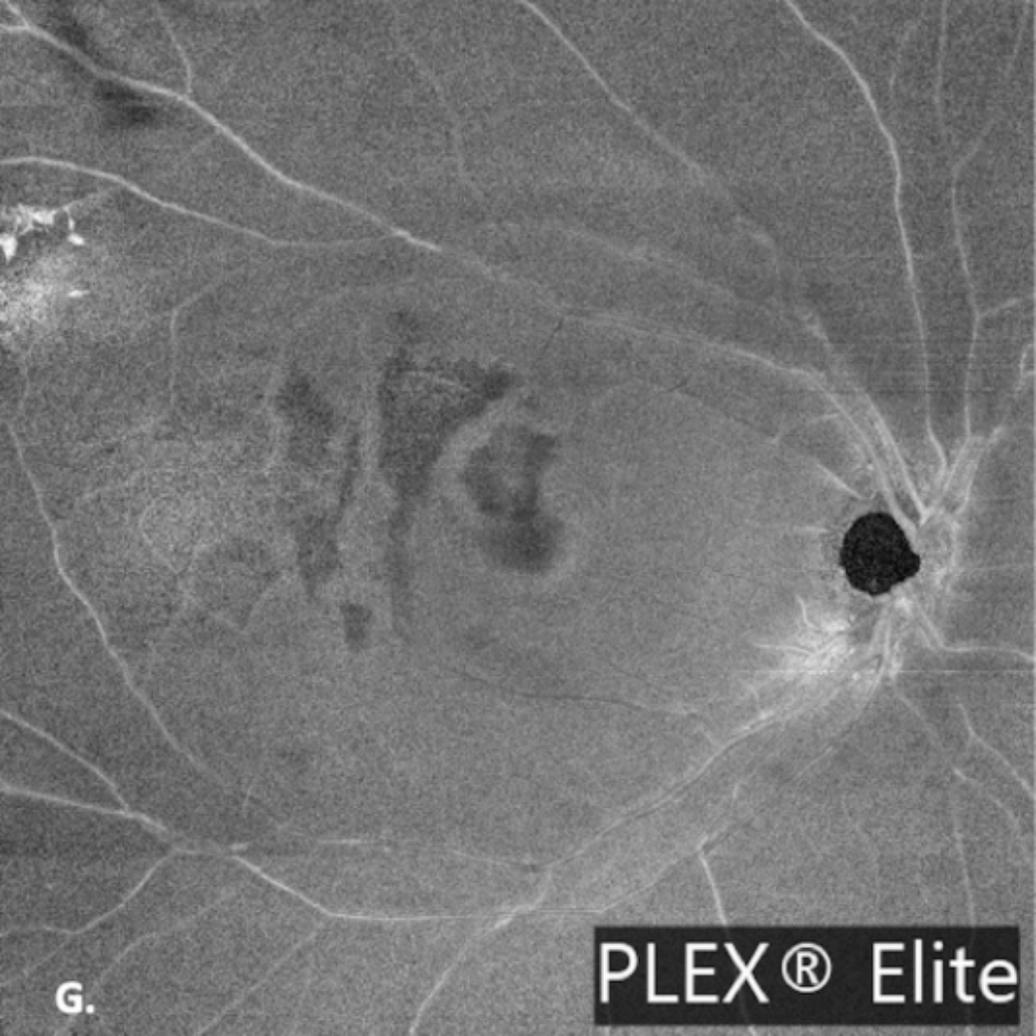
E.

PLEX® Elite



F.

PLEX® Elite



G.

PLEX® Elite