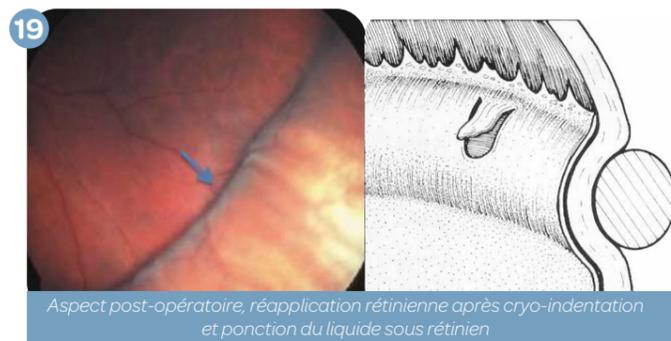


Le traitement

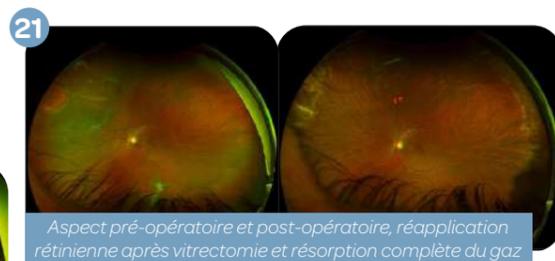
Le but du traitement chirurgical du décollement de rétine est la réapplication chirurgicale rapide.

Deux techniques : chirurgie par voie exoculaire vs la voie endoculaire.

La voie exoculaire : réapplication rétinienne par cryopexie trans-sclérale de la déchissance rétinienne, ponction évacuatrice du liquide sous rétinien, indentation sclérale par éponge ou bande de silicone associée ou non à un tamponnement interne (fig 18, 19).



La voie endoculaire par : vitrectomie, levée des tractions vitréorétiniennes, pelage de la PVR, rétinopexie des déchissances (par endolaser ou cryopexie) et tamponnement interne par injection de gaz fluoré ou d'huile de silicone dans la cavité vitréenne. (fig 20, 21, 22). Actuellement, il s'agit de la technique chirurgicale la plus pratiquée pour le traitement des décollements de rétine.



Le suivi

L'évolution post-opératoire est variable en fonction de la forme clinique du décollement, de la technique chirurgicale réalisée et de la nature du tamponnement interne utilisé.

Ainsi après une voie exoculaire, l'acuité visuelle remonte dans les jours suivant la chirurgie dès la résorption complète du liquide sous rétinien.

En revanche la récupération visuelle en cas de tamponnement interne se fera dans les 3 à 6 semaines postopératoires en fonction du type de gaz utilisé.

Un tamponnement par huile de silicone devra être retiré lors d'une seconde intervention 2 à 4 mois plus tard.

Le traitement post-opératoire comporte, par voie locale (collyres), un traitement anti-inflammatoire, hypotonisant et mydriatique.

Le taux de réapplication après une première procédure chirurgicale varie entre 80 et 95%. Il dépend essentiellement d'une indication opératoire bien posée et du stade de PVR. Une PVR avancée exposant à un risque, plus élevé de récurrence du DR. Il est donc impératif d'avoir un suivi régulier afin de déceler la survenue d'une nouvelle déchirure, la progression d'une PVR ou une atteinte de l'autre oeil durant les premiers mois suivant l'intervention chirurgicale.

Conclusion

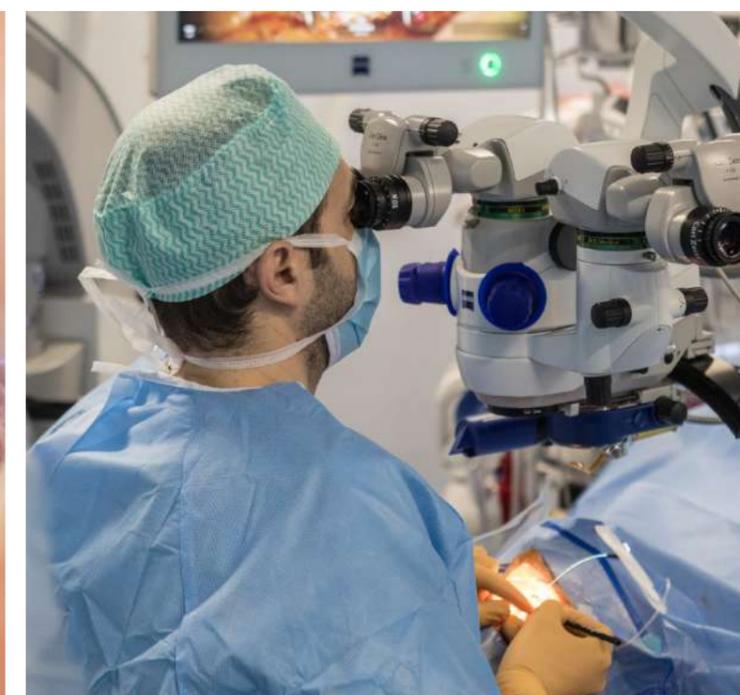
La chirurgie rétinienne a considérablement évolué ces vingt dernières années avec le développement de la chirurgie endoculaire : procédures trans-conjonctivales réduisant le temps opératoire, systèmes optiques performants, réduction de la taille des incisions (25Gauges=0,5mm voire 27G= 0,4mm), sondes d'endo-illumination nettement moins phototoxiques.. Cependant la clé de la réussite chirurgicale reste avant tout la précocité de la prise en charge des patients présentant un décollement de rétine.

SEPTEMBRE 2022

La lettre

INSTITUT OPHTALMIQUE DE SOMAIN

ELSAN
INSTITUT OPHTALMIQUE DE SOMAIN



LE DÉCOLLEMENT DE RÉTINE

Dr Patrick PAUL, Dr Younes SERGHINI,
Dr Nabil TARIGHT, ophtalmologues
spécialistes de la chirurgie de la rétine.

Le décollement de rétine rhéghmatogène (DR) est une affection rare et potentiellement cécitante. Son incidence globale est de 6,7 à 17,9 pour cent mille habitants, soit 1 cas pour 10000 personnes par an.

Il s'agit de l'urgence ophtalmologique chirurgicale la plus fréquente. Ses facteurs de risque principaux sont connus et l'atteinte maculaire (décollement de la rétine centrale) est corrélée à la chute de l'acuité visuelle.

Le traitement étiologique associé à la réapplication chirurgicale rapide = **récupération visuelle**.

L'acuité visuelle finale est influencée par :

- l'acuité visuelle initiale
- le stade de prolifération vitréorétinienne(PVR)
- l'ancienneté du soulèvement maculaire.

La cause

Le décollement de rétine rhéghmatogène est une complication du décollement postérieur du vitré (gel remplissant la partie postérieure du globe oculaire), DPV. Processus physiologique du vieillissement vitréen (fig1), le DPV peut également être provoqué précocement par une chirurgie endoculaire (chirurgie de cataracte par exemple), un traumatisme, une infection ou inflammation du segment postérieur de l'œil et chez le patient myope.

Une déchirance rétinienne compliquant le DPV est donc à l'origine de la constitution du décollement de rétine (fig 2, 3). Un traitement préventif par barrage au laser argon de la déchirance permet de réduire significativement le risque de survenue du décollement de rétine (fig 4).

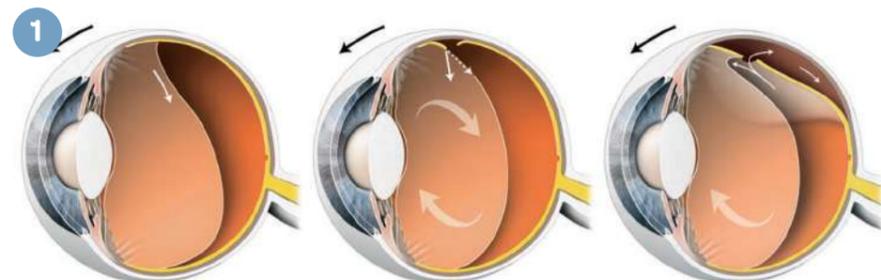
Les symptômes

→**Phosphènes** : flashes éclairs lumineux ou étincelles liés aux tractions du vitré sur la rétine.

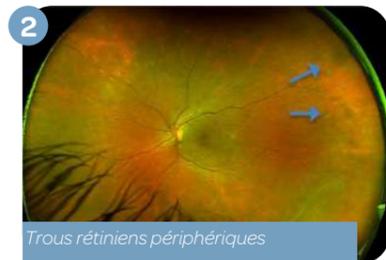
→**Myodésopsies** : décrites comme des mouches volantes, une toile d'araignée ou des filaments, elles correspondent aux condensations du vitré (DPV) ou à une hémorragie intra-vitréenne (HIV) fréquemment associée.

→**Amputation du champ visuel périphérique** : son importance dépend de la surface rétinienne décollée.

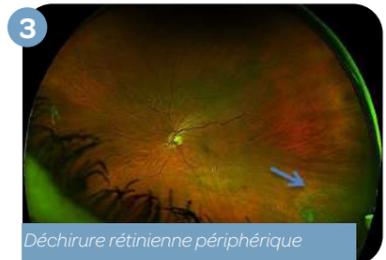
→**Baisse d'acuité visuelle brutale** : en cas d'atteinte (soulèvement) maculaire ou d'HIV.



DPV, déchirure supérieure puis décollement de rétine



Trous rétiens périphériques



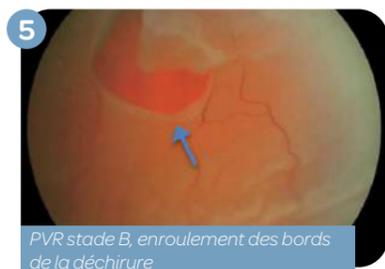
Déchirure rétinienne périphérique



Cicatrices récentes de barrage laser d'une déchirure temporaire inférieure gauche

Au niveau du segment antérieur une inflammation modérée peut être notée. Le tonus oculaire est souvent bas. L'examen du fond d'œil après dilatation pupillaire permet :

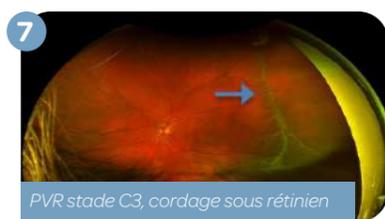
- l'examen du vitré : DPV, hémorragie, hyalite (inflammation)
- de préciser la topographie du décollement et la localisation des déchirances
- d'étudier la macula (soulevée ou non, membrane épirétinienne ou œdème maculaire associés)
- l'étude de la mobilité rétinienne
- la stadification de la prolifération vitréorétinienne, prolifération cellulaire entraînant la rétraction de la rétine et rendant plus difficile sa réapplication (fig 5, 6, 7 et 8).



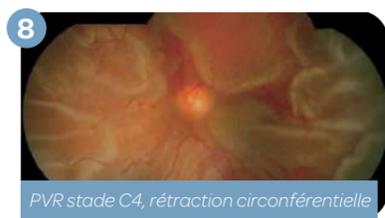
PVR stade B, enroulement des bords de la déchirure



PVR stade C1, pli rétinien stellaire



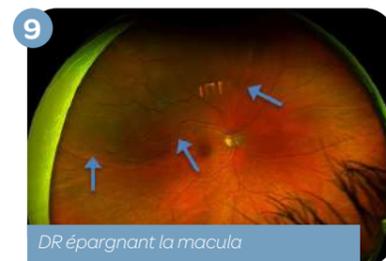
PVR stade C3, cordage sous rétinien



PVR stade C4, rétraction circonférentielle

Les outils diagnostiques

►**Clichés rétiens grand champ** permettent parfois une meilleure évaluation dans les cas pédiatriques, chez les patients peu compliant (acquisition rapide). Ils permettent également les échanges entre praticiens ainsi qu'une meilleure compréhension par les patients de leur pathologie. (fig9, 10)

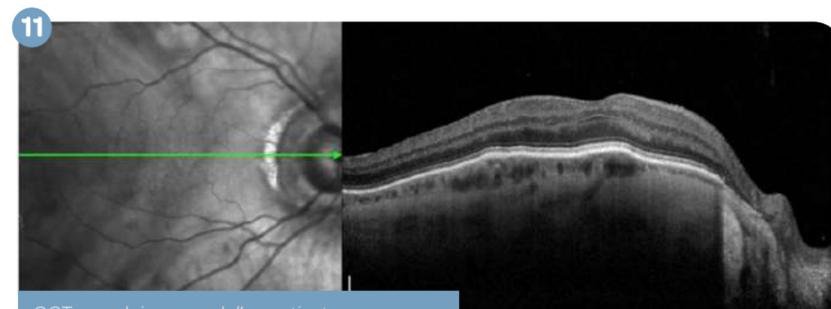


DR épargnant la macula

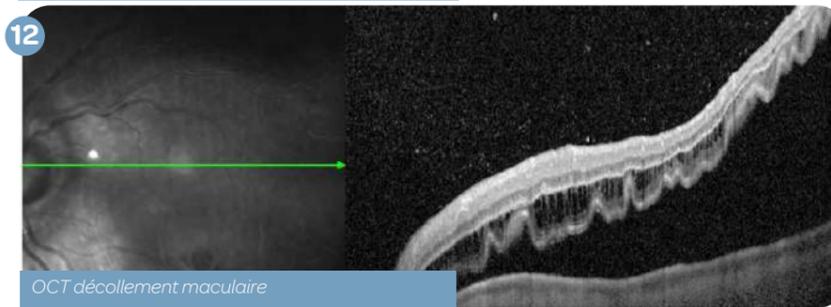


DR soulevant la macula

►**Tomographie en cohérence optique, OCT** permet d'évaluer les modifications anatomiques de la macula et d'obtenir des indices pronostiques de la récupération visuelle postopératoire. (fig11, 12)

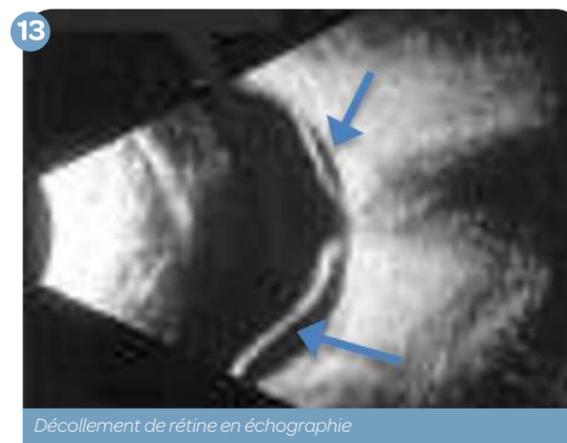


OCT maculaire normal d'un patient myope



OCT décollement maculaire

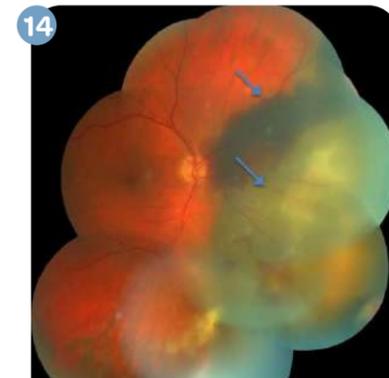
►**Echographie oculaire** est très utile lorsque un trouble des milieux gêne l'analyse de la rétine, cataracte dense, inflammation ou hémorragie du vitré (fig 13).



Décollement de rétine en échographie

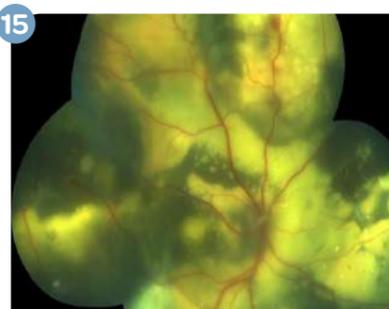
Diagnostics différentiels

Décollement de rétine exsudatif de l'adulte compliquant une tumeur choroïdienne, mélanome choroïdien (fig14)



Hémorragie sous rétinienne + DR compliquant un mélanome choroïdien

Décollement de rétine exsudatif de l'enfant, Maladie de Coats (fig15)

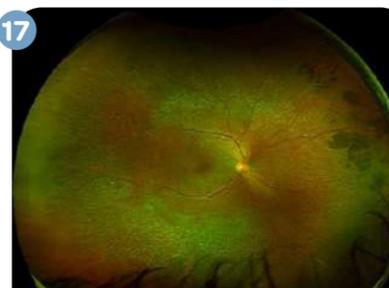


DR exsudatif de l'enfant/ maladie de Coats

Décollement de rétine tractionnel, compliquant une rétinopathie diabétique proliférante, RDP (fig16, 17)



DR tractionnel/ RDP (aspect pré-opératoire)



Réapplication post-opératoire après vitrectomie