



Vitrectomie versus indentation externe : quand et pourquoi préférer la seconde ?

Anne Robinet-Combes

La vitrectomie dans la chirurgie de décollement de rétine s'est totalement banalisée depuis plus d'une dizaine d'années, cependant, il reste des indications pour lesquelles il est préférable de recourir à l'indentation externe.

Les machines de plus en plus performantes et fiables, ainsi que les systèmes transconjunctivaux 23, 25 ou même 27 Gauge, ont simplifié la technique de la vitrectomie. Et bien que faisant partie d'une génération qui a appris la chirurgie du décollement de rétine par indentation externe, je pratique, comme la plupart de mes confrères seniors, de plus en plus de vitrectomies en première intention (37% en 2006 contre 13% en 2015), ce qui laisse malheureusement une place très limitée à l'enseignement de l'indentation externe aux jeunes générations.

C'est un cercle vicieux, dans la mesure où moins on pratique une technique, moins on la maîtrise, ce qui repousse de plus en plus ses indications (figure 1).

Le paradoxe est que l'indentation externe dans la chirurgie du décollement de rétine reste très opportune et nécessaire dans les cas où la vitrectomie est non seulement inutile, mais dangereuse. D'autant plus qu'on ne retrouve pas de différence significative sur les résultats à long terme sur le plan du taux de succès anatomique

et d'acuité visuelle dans les deux groupes (indentation externe versus vitrectomie), avec toutefois plus de reprises dans le groupe des pseudophaques qui ont un geste externe en première intention [1]. En revanche, chez le patient jeune et phaqué présentant un décollement de rétine non compliqué, il semble préférable de ne pas avoir recours à la vitrectomie [2].

L'indentation sclérale est un traitement spécifique du décollement de rétine qui nécessite un examen préopératoire attentif, afin de déterminer si l'indication est bonne. Alors que la vitrectomie fait appel à une approche plus globale, où la recherche des déchirures se fait le plus souvent pendant la chirurgie.

Il faut donc, avant toute chirurgie par voie externe, prendre le temps d'examiner son patient pour choisir l'indication présageant un bon résultat anatomique et fonctionnel. Il faut savoir éliminer d'emblée les cas pour lesquels la vitrectomie sera plus appropriée, car plus efficace : pseudophaque avec mauvaise visibilité de la périphérie rétinienne, multiples déchirures, prolifération vitréo-rétinienne (PVR)...

Indications en faveur de l'indentation externe

Cependant, il reste des indications à l'indentation externe sans vitrectomie et je choisis cette technique essentiellement dans deux groupes d'indications.

Décollements de rétine par désinsertion à l'ora ou trou atrophique touchant souvent l'adulte jeune ou l'enfant

Dans cette indication, l'indentation externe est le traitement de choix, car elle évite la vitrectomie, plus difficile et plus dangereuse chez le jeune patient (vitré adhérent à la rétine).

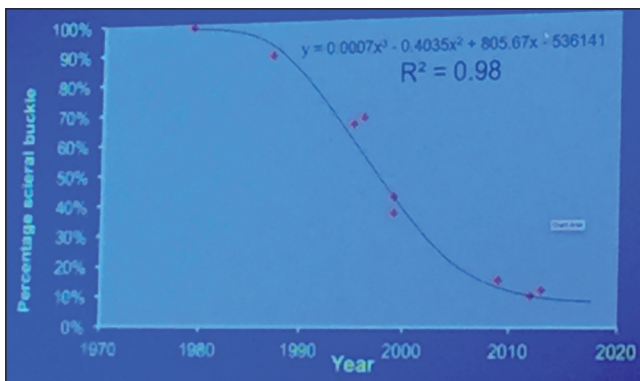


Figure 1. Pourcentage de décollements de rétine opérés par indentation sclérale au Royaume-Uni entre 1980 et 2016. Communication orale Euretina 2017 présentée par D. Wong.

Brest

Décollement de rétine

Les décollements par dialyse à l'ora [3] sont souvent anciens, car asymptomatiques au début, avec une rétine assez soulevée sans PVR. Il faut donc placer une indentation assez serrée et antérieure pour qu'elle soit bien marquée (*figure 2*) et, de ce fait, il faut effectuer une ponction de liquide sous-rétinien (PLS) d'un liquide souvent visqueux.

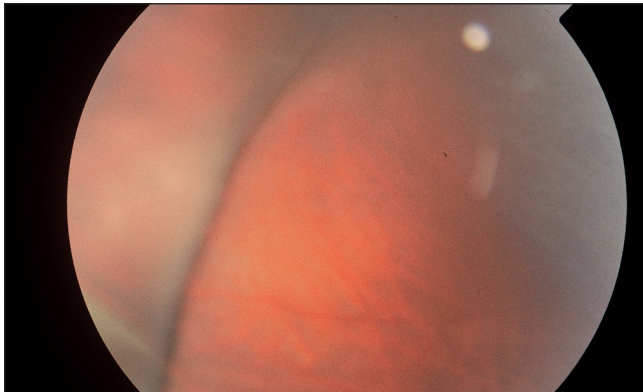


Figure 2. Indentation à J+8 de la chirurgie.

Si on observe quelques règles, cette ponction (réalisée avec une aiguille de vicryl 6/0), est un geste simple sans complications importantes. Le risque le plus redouté de la PLS reste le saignement, qui entraîne une hémorragie sous-rétinienne. Celle-ci se localise souvent en région maculaire, compromettant non pas la récupération anatomique, mais la récupération fonctionnelle.

Règle n°1 - Avant la ponction, vérifier au verre à 3 miroirs la zone où la réaliser : là où le décollement est le plus saillant, afin d'éviter une perforation rétinienne, qui est une complication relativement rare.

Règle n°2 - Faire la ponction sur un œil le plus « calme » possible ; l'idéal étant de la réaliser avant la cryopexie et toute manipulation excessive de l'œil, sur un œil normotone (l'hypotonie majorant le risque d'hémorragie). En pratique, je la réalise le plus souvent après la cryo (mais en évitant tout surdosage) et le passage des fils, mais avant la mise en place de l'indentation et le serrage de celle-ci. Je demande aussi aux anesthésistes une hypotension artérielle contrôlée au moment de la ponction, ce qui, dans mon expérience, diminue le risque d'hémorragie de la ponction.

Règle n°3 - Avoir préparé une seringue d'air filtré pour l'injecter en intravitréen au cas où la ponction serait très abondante et entraînerait une hypotonie massive. L'injection d'air en intravitréen permet de redonner un tonus

correct et de continuer la chirurgie de manière plus sereine.

Règle n°4 - Choisir les sites de ponction ; les sites idéaux sont situés le long des bords des muscles internes ou externes, ou au milieu du quadrant, à distance des golfes des vortiqueuses.

Dans les décollements moins saillants, comme ceux par trous atrophiques sans PVR, que l'on rencontre aussi souvent chez des patients jeunes, il existe une alternative à la PLS : c'est la ponction de chambre antérieure qui permet de faire un peu de place dans l'œil et d'injecter une bulle d'air dans la cavité vitréenne. L'injection de cette bulle d'air associée à un positionnement va permettre un tamponnement interne de 24 heures, ce qui sera souvent suffisant pour chasser le liquide résiduel au niveau de la déchirure, même si celle-ci est bien portée par l'indentation. La ponction de chambre antérieure se réalise avec une aiguille 30 Gauge que l'on introduit tangentiellement au limbe, ce qui permet d'éviter de toucher la cristalloïde antérieure.

Pour l'indentation, je choisis le plus souvent une bande en PTFE ou une gomme de silicone de 5/3 mm, maintenue par deux points de Mersutures™ 5/0 passés parallèlement au limbe.

Déchirures isolées à bords soulevés ou alimentant un décollement de petite taille, macula à plat

Dans cette indication j'utilise le plus souvent l'indentation radiaire (éponge biseautée siliconée de 3/5 mm) maintenue en place par un seul point de Mersutures™ 5/0. Elle est idéale quand la déchirure est unique et placée au

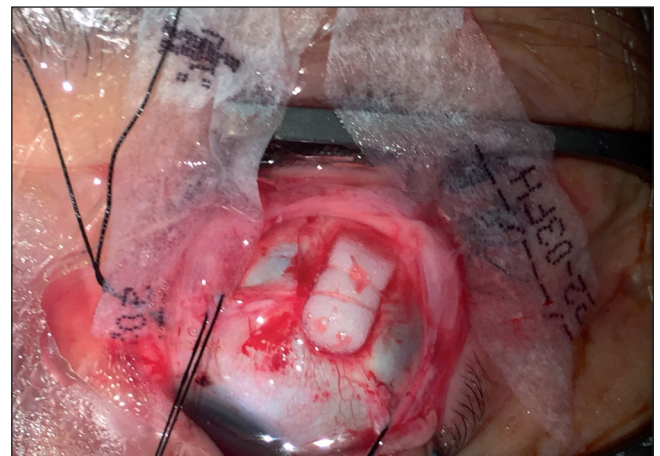


Figure 3. Indentation radiaire.

Dossier

milieu du quadrant. Elle évite le risque de baillement postérieur en gueule de poisson (*fishmouth*) (*figure 3*).

Si, en revanche, la déchirure est placée sous le muscle ou si elle n'est pas isolée (ce qui n'avait pas été vu à l'examen préopératoire), il faut mettre une indentation circulaire parallèle au limbe.

Beaucoup plus rarement, en deuxième ou troisième intention, si on assiste à une petite récurrence par soulèvement inférieur sur un œil qui présente déjà un tamponnement interne par huile de silicone, on peut être amené à poser l'indication d'une indentation externe sans retourner en intraoculaire.

Conclusion

L'indentation sclérale sans vitrectomie n'est donc pas encore obsolète puisqu'elle garde des indications et reste le traitement de choix du décollement de rétine du jeune par dialyse à l'ora. À la question « Comment traitez-vous un décollement de rétine macula on et hyaloïde attachée chez un jeune homme phaque de 17 ans ? », environ 70% des membres de l'ASRS (American Society of Retina

Specialists) répondaient en 2016 : indentation sclérale en première intention.

Dans un monde où la vitrectomie semble avoir le beau rôle, il semble toutefois important de savoir poser une indentation sclérale pour traiter un décollement de rétine dans des indications bien ciblées, ce qui donne de très bons résultats à long terme [4].

Références bibliographiques

- [1] Heimann H, Bartz-Schmidt KU, Bornfeld N *et al.* Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment : a prospective randomized multicenter clinical study. *Ophthalmology*. 2007;114(12):2142-54.
- [2] Noori J, Bilonick RA, Eller AW. Scleral buckle surgery for primary retinal detachment without posterior vitreous detachment. *Retina*. 2016;36(11):2066-71.
- [3] Chang JS, Marra K, Flynn HW Jr *et al.* Scleral buckling in the treatment of retinal detachment due to retinal dialysis. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina*. 2016;47(4):336-40.
- [4] Quijano C, Alkabes M, Gómez-Resa M *et al.* Scleral buckling in phakic uncomplicated primary rhegmatogenous retinal detachment: long-term outcomes. *Eur J Ophthalmol*. 2017;27(2):220-5.