



La prise en charge du décollement de la rétine rhéghmatogène. Et vous qu'auriez-vous fait ? (2^e partie)

Véronique Pagot-Mathis

Des experts de la chirurgie vitréo-rétinienne, jeunes et moins jeunes, nous donnent leur prise en charge type, devant plusieurs cas cliniques représentatifs, avec des questions techniques de détail, mais ô combien importantes, sur la manière d'indenter ou non une périphérie rétinienne en sans suture, l'utilisation ou non des perfluorocarbones liquides en peropératoire, la prévention du pli rétinien maculaire, l'injection moins aisée des huiles de silicone avec les tubulures 25 et 27 Gauge.

Et vous qu'auriez-vous répondu à ces questions ?

Avec la participation d'Isabelle Aubry-Quénet (Montpellier), Jean-Paul Berrod (Nancy), Christophe Chiquet (Grenoble), Yannick Le Mer (Paris), Frédéric Matonti (Marseille).

La prise en charge du décollement de la rétine rhéghmatogène (DRR) s'est considérablement modifiée depuis dix ans, en particulier pour le DRR du pseudophaque. La vitrectomie en première intention est la règle. Des études telles que celle de la Vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment study group, ont montré que dans cette indication, ce type de prise en charge offrait les meilleures chances de succès au patient [1]. D'autre part, l'instrumentation chirurgicale s'est miniaturisée et les systèmes de visualisation du fond d'œil en peropératoire tels que les systèmes grands champs non-contacts, d'apprentissage facile, ont amélioré le confort du patient en postopératoire et permis de développer une prise en charge ambulatoire car les interventions sont plus rapides.

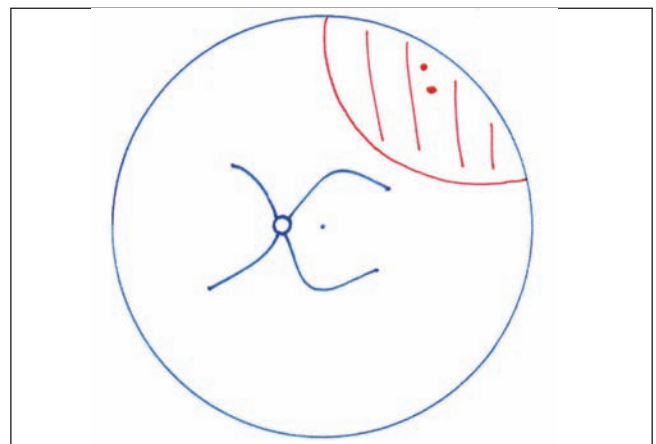
Cependant, même si les techniques de vitrectomie semblent facilitatrices pour de jeunes chirurgiens, certains gestes, comme l'indentation de la périphérie rétinienne, souvent nécessaires dans la prise en charge du décollement de la rétine par voie de vitrectomie s'avèrent moins faciles qu'au temps des ouvertures conjonctivales. Il est également évident que la technique de cryo-indentation du décollement de la rétine se perd et devient problématique pour nos jeunes collègues. Or la vitrectomie ne résout pas tous les décollements de la rétine surtout chez le patient phaqué.

Cinq experts répondent à nos questions.

Hôpital Pierre-Paul Riquet-CHU Purpan, Toulouse

Cas clinique n° 4

Patient de 45 ans, phaqué, myopie modérée. Décollement de la rétine idiopathique sur trous rétinien, macula on, acuité visuelle à 10/10 P2. Œil adelphe 10/10 P2.



Mode de prise en charge

Ambulatoire ou traditionnelle ? Pourquoi ?

I. AUBRY-QUÉNET. Prise en charge en ambulatoire.

J.-P. BERROD. Ambulatoire systématique.

C. CHIQUET. Prise en charge en traditionnel d'une nuit d'hospitalisation le jour de la chirurgie pour démarrer une position postopératoire éventuelle dans de bonnes conditions.

Chirurgie

Y. LE MER. Prise en charge au choix du patient.

F. MATONTI. Prise en charge en ambulatoire sauf si patient isolé.

Technique opératoire

Vitrectomie transconjonctivale ou voie externe ?

I. AUBRY-QUÉNET. Voie externe car pas de PVR, sujet jeune, phaque, macula on et DR localisé.

J.-P. BERROD. Voie externe car macula on, pas de PVR, sujet jeune et phaque.

C. CHIQUET. Voie externe car pas de PVR, sujet jeune et phaque.

Y. LE MER. Voie externe car macula on, pas de PVR, patient jeune et phaque.

F. MATONTI. Voie externe car DR sur lésions rétino-gènes avec décollement du vitré absent et sujet jeune.

Pour la réalisation de la voie externe

Effectuez-vous un drainage du liquide sous-rétinien ? Si oui, avec quel type d'aiguille ?

J.-P. BERROD. Drainage du liquide sous-rétinien par une ponction à l'aiguille Vicryl 8/0, avant la cryoapplication.

C. CHIQUET. Drainage du liquide sous-rétinien par une ponction à l'aiguille Vicryl 8/0.

Y. LE MER. Pas de ponction du liquide sous-rétinien mais une ponction de chambre antérieure avant de serrer l'indentation.

F. MATONTI. Pas de drainage du liquide sous-rétinien.

Quel matériau d'indentation mettez-vous en place ? Quel type d'indentation mettez-vous en place ? Réalisez-vous un pli rétinien antérieur systématiquement ? De quelle heure à quelle heure placez-vous l'indentation ?

I. AUBRY-QUÉNET. Bande en silicone type Schepens 287, parallèle au limbe, de 1h à 3h, sans pli rétinien antérieur.

J.-P. BERROD. Bande en silicone type roue 287 mm, parallèle au limbe, sans pli rétinien antérieur, de 1h à 3h.

C. CHIQUET. Bande en silicone, parallèle au limbe, sans pli rétinien antérieur, de 1h à 3h.

Y. LE MER. Éponge alvéolée de 3/5 mm, parallèle au limbe, de 1h à 3h, sans pli rétinien antérieur.

F. MATONTI. Éponge en silicone, radiaire, sans pli rétinien antérieur, entre 1h et 2h.

Mettez-vous en place un tamponnement interne ?

I. AUBRY-QUÉNET. Tamponnement interne par air pour mettre à plat.

J.-P. BERROD. Tamponnement interne par air non systématique, seulement si l'œil est mou.

C. CHIQUET. Tamponnement interne par SF6.

Y. LE MER. Pas de tamponnement interne en principe, sinon

par air si l'œil est mou.

F. MATONTI. Pas de tamponnement interne.

Si le patient était pseudophaque, est-ce que votre prise en charge se trouverait modifiée ?

I. AUBRY-QUÉNET. Une vitrectomie serait préférable car fréquence des micro-déchirures mieux mises en évidence lors de la vitrectomie.

J.-P. BERROD. La vitrectomie ne sera pas forcément systématique car le DR est localisé et l'indentation doit marcher dans presque 100% des cas. Elle peut par ailleurs engendrer de nouvelles déchirures.

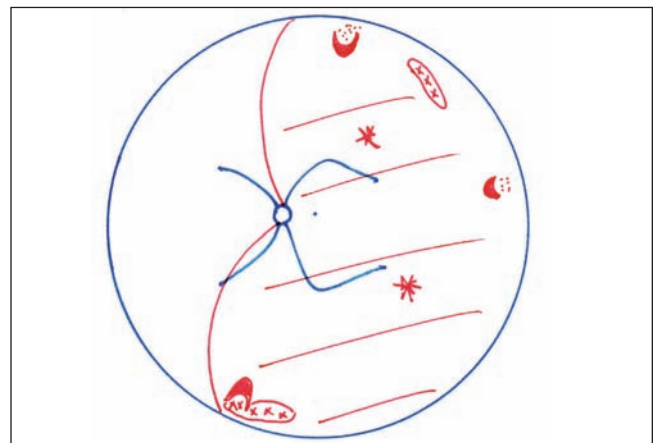
C. CHIQUET. Pas de modification de la prise en charge si la capsule postérieure est claire.

Y. LE MER. Une vitrectomie serait probablement décidée par crainte de ne pas voir d'autres lésions.

F. MATONTI. La technique serait une vitrectomie 25 gauges, cryo-gaz.

Cas clinique n° 5

Patient de 70 ans, pseudophaque, décollement de la rétine subtotal de trois semaines, macula off, PVR stade CP2, acuité visuelle à vision quantitative. Œil adelphe acuité visuelle 9/10 P2 pseudophaque.



Mode de prise en charge

Ambulatoire ou traditionnelle ? Pourquoi ?

I. AUBRY-QUÉNET. Prise en charge en ambulatoire si le patient est accompagné et peut comprendre la position postopératoire éventuelle.

J.-P. BERROD. Prise en charge en ambulatoire systématique.

C. CHIQUET. Prise en charge en traditionnel pour un meilleur confort.

Y. LE MER. Prise en charge au choix du patient.

F. MATONTI. Prise en charge en ambulatoire sauf si le patient est isolé.

Technique opératoire***Vitrectomie transconjonctivale ou voie externe ?***

- I. AUBRY-QUÉNET.** Vitrectomie 23 G.
J.-P. BERROD. Vitrectomie 23 G.
C. CHIQUET. Vitrectomie 25 G.
Y. LE MER. Vitrectomie 23 ou 25 G.
F. MATONTI. Vitrectomie 25 G.

Pour la réalisation de la vitrectomie***Systèmes de visualisation du fond d'œil : grand champ contact ou non contact et de quel type ? Verres de contact directs ?***

- I. AUBRY-QUÉNET.** Système de visualisation mixé grand champ contact type Miniquad pour les échanges et verres contact direct pour la vitrectomie périphérique.
J.-P. BERROD. Système de visualisation grand champ contact type Oculus.
C. CHIQUET. Système de visualisation mixte grand champ non contact Resight et verres directs contacts (voir les cas présentés dans le n°204 de novembre de *Cahiers*).
Y. LE MER. Système de visualisation grand champ non contact type Resight ou grand champ contact type Miniquad.
F. MATONTI. Système de visualisation grand champ contact type Miniquad.

Comment réalisez-vous la vitrectomie périphérique ?

- I. AUBRY-QUÉNET.** Vitrectomie périphérique avec dépression sclérale par l'opérateur sous verre direct contact.
J.-P. BERROD. Vitrectomie périphérique sans indentation (voir cas n°1 présenté dans le n°204 de novembre de *Cahiers*).
C. CHIQUET. Vitrectomie périphérique avec dépression sclérale sous lampe à fente et verre direct ou sous chandelier avec dans les deux cas indentation par l'opérateur.
Y. LE MER. Vitrectomie périphérique sans indentation du fait des grands champs et des fibres optiques grands champs.
F. MATONTI. Vitrectomie périphérique avec broutage du clapet des déchirures avec dépression sclérale par l'aide opératoire.

Utilisez-vous un PFCL ?

- I. AUBRY-QUÉNET.** PFCL pour maintenir la rétine pendant la vitrectomie.
J.-P. BERROD. PFCL pour la dissection de la PVR en monomanuelle et éventuellement pour peler la limitante interne maculaire en cas de rétraction.
C. CHIQUET. PFCL pour disséquer la PVR, en monomanuelle et colorants tissulaires.
Y. LE MER. Utilisation d'un PFCL pas systématique, peut-être pour améliorer la vitrectomie périphérique si la rétine

est trop mobile ou pour faire une rétinectomie périphérique.

F. MATONTI. Pas de PFCL.

Comment disséquez-vous la PVR ?

- I. AUBRY-QUÉNET.** Dissection de la PVR en bimanuelle sous lumière annexe d'un chandelier ou lampe à fente sous PFCL.
Y. LE MER. Dissection de la PVR en monomanuelle sous PFCL.
F. MATONTI. Dissection de la PVR en monomanuelle.

Comment réalisez-vous le drainage interne du liquide sous-rétinien ?

- I. AUBRY-QUÉNET.** Drainage interne du liquide sous-rétinien par la déchirure de 2h30 ou 6h lors d'un échange sérum-air.
J.-P. BERROD. Drainage interne du liquide sous-rétinien par la déchirure de 2h30 lors d'un échange sérum-air et éventuellement rétinotomie postérieure si échec du drainage interne.
C. CHIQUET. Drainage interne du liquide sous-rétinien par la déchirure de 2h30 lors d'un échange sérum-air.
Y. LE MER. Drainage interne du liquide sous-rétinien lors d'un échange sérum-air par la déchirure de 2h30 ou éventuellement en cas d'échec par une rétinotomie postérieure.
F. MATONTI. Drainage interne du liquide sous-rétinien par la déchirure de 3h centré sur le DR permettant une vidange plus complète lors d'un échange sérum-air, ou éventuellement par la déchirure de 6h plus postérieure.

La rétinopexie : endophotocoagulation au laser ? Cryoapplication transsclérale ?

- I. AUBRY-QUÉNET.** Rétinopexie par endophotocoagulation laser sous air avec un complément de cryoapplication pour la déchirure de 12h.
J.-P. BERROD. Rétinopexie par endophotocoagulation laser sous air.
C. CHIQUET. Rétinopexie par endophotocoagulation laser sous air ou sous PFCL.
Y. LE MER. Rétinopexie par endophotocoagulation au laser sous air.
F. MATONTI. Rétinopexie par endophotocoagulation laser sous air.

Quel tamponnement interne mettez-vous en place et pourquoi ?

- I. AUBRY-QUÉNET.** Tamponnement interne par huile de silicone 1000 ou 5000, injectée par la sclérotomie temporale supérieure après un échange fluide-air en agrandissant en 20 G si le silicone 5000 est utilisé ou à l'aide d'un tro-

Chirurgie

cart 23 G si c'est du silicone 1000.

J.-P. BERROD. Tamponnement interne par huile de silicone standard 1000, injectée par le terminal d'infusion fibre optique main gauche et canule d'extrusion main droite (voir le cas n°1 présenté dans le n°204 de novembre de *Cahiers*).

C. CHIQUET. Tamponnement interne par huile de silicone standard 1000, injectée par le terminal d'infusion fibre optique main gauche et canule d'extrusion main droite.

Y. LE MER. Tamponnement interne par huile de silicone standard après un échange fluide-air complet (voir le cas n°1 présenté dans le n°204 de novembre de *Cahiers*).

F. MATONTI. Tamponnement interne par huile de silicone standard 1000 injectée par le terminal d'infusion fibre optique main gauche et canule d'extrusion main droite après l'échange sérum-air.

Rajoutez-vous une indentation épisclérale inférieure ?

I. AUBRY-QUÉNET. Pas d'indentation épisclérale inférieure.

J.-P. BERROD. Pas d'indentation épisclérale inférieure.

C. CHIQUET. Pas d'indentation épisclérale inférieure.

Y. LE MER. Pas d'indentation épisclérale inférieure.

F. MATONTI. Pas d'indentation épisclérale.

Conclusion

L'analyse des réponses des cinq experts fait émerger des conclusions allant dans le sens de la prise en charge actuelle des décollements de la rétine.

La prise en charge en ambulatoire est de plus en plus courante, même pour les décollements de la rétine abordés par voie externe et même lorsque les techniques opératoires nécessitent un positionnement postopératoire immédiat. Cependant, elle ne paraît pas systématique et est souvent laissée au choix du patient. Les monophthalmes et les patients isolés sont encore des contre-indications.

La vitrectomie en première intention reste la règle pour la prise en charge des décollements de la rétine du pseudophaque, avec une préférence pour le 23 G lorsqu'une injection d'huile de silicone est prévisible.

- Concernant les systèmes de visualisation peropératoire, la mixité des moyens est un compromis appréciable : grand champ contact ou non-contact, verre direct contact sous lampe à fente surtout pour la vitrectomie périphérique. Cette vitrectomie périphérique apparaît nécessaire dans la prise en charge du décollement de la rétine par voie de vitrectomie avec le broutage du clapet des déchirures. Cependant, certains systèmes contacts permettent d'éviter la dépression sclérale.

L'utilisation des perfluorocarbones liquides (PFCL) n'est plus systématique au cours de la vitrectomie et replace le PFCL au rang d'outil peropératoire ponctuel. Le PFCL ne sert plus à recoller la rétine, mais permet de maintenir une rétine trop mobile en cours de vitrectomie, de faciliter la dissection de la prolifération vitréorétinienne. On évite autant que possible les échanges PFCL-air. Le PFCL reste cependant indispensable pour remettre en position anatomique une déchirure géante. Les systèmes grands champs facilitent le travail sous air et permettent dans presque tous les cas le drainage interne du liquide sous-rétinien par la ou les déhiscences lors d'un échange sérum-air. Ils permettent également de réaliser une vitrectomie périphérique suffisamment complète pour ne pas rajouter une indentation épisclérale inférieure à un DR inférieur avec PVR (cas numéro 5).

Concernant les tamponnements internes, les gaz type SF₆ ou C₂F₆ sont les standards d'utilisation. Concernant les huiles de silicones, l'huile de silicone standard 1000 est le tamponnement interne de référence dans la vitrectomie pour déchirure géante, même dans la déchirure inférieure. Les huiles de silicone lourdes sont apparemment peu utilisées du fait de leur « mauvaise » réputation de difficulté d'extraction en particulier avec l'Oxane Hd (1 expert). Par ailleurs, le petit diamètre des tubulures rend difficile les échanges classiques PFCL-huile de silicone classique en particulier dans le traitement de la déchirure géante, d'autant plus difficile si l'on reste sous grand champ. Il faut alors soit diminuer la pression d'injection de l'huile de silicone si l'on veut garder le contrôle de la fibre optique, mais l'injection est plus laborieuse, soit rajouter une voie optique secondaire type chandelier ou se remettre sous lampe à fente sous verre contact direct et injecter l'huile de silicone par une sclérotomie à l'aide d'un trocart adapté. Les utilisateurs d'huile de silicone 5000 préfèrent même repasser en 20 G... Il est clair que la mise au point d'un tamponnement interne peu visqueux et ayant les propriétés d'une huile de silicone est nécessaire aujourd'hui avec les tubulures de vitrectomie de petit diamètre.

Encore merci à nos experts d'avoir accepté de retourner sur les bancs de la Fac en répondant à ces cas clinique-QCM.

Bibliographie

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.

La 1^{re} partie de cet article a été publiée dans le n° 204 de novembre des *Cahiers d'Ophthalmologie*