



Rétine chirurgicale

Véronique Pagot-Mathis

Hôpital Pierre Paul Riquet, CHU Toulouse

La modération et le retour aux sources, deux thèmes dominants en chirurgie vitréo-rétinienne cette année 2016 : Pourquoi le chirurgien ne l'a pas fait ?
Thème d'ouverture du Club francophone des spécialistes de la rétine (CFSR) 2016.

La vitrectomie postérieure mini-invasive en première intention dans la chirurgie du DR

La vitrectomie postérieure mini-invasive en première intention dans la chirurgie du décollement de la rétine (DR) est désormais la règle pour la majorité des DR et surtout pour nos jeunes collègues. Le standard est le 23 gauge et/ou le 25 gauge (T. Wolfensberger, Lausanne). Ceci est d'autant plus vrai que le patient est pseudophaque. La vitrectomie paraît plus sûre avec les progrès techniques des machines : petits orifices et trocarts valvés. La première semaine postopératoire est moins douloureuse et cela est un argument de plus du fait du développement de la prise en charge ambulatoire.

Avec un bémol cependant pour l'injection des huiles de silicone trop visqueuses telles que les huiles 5000 et l'Oxane Hd, huile de silicone lourde. La pression d'injection doit être abaissée ou des alternatives au classique échange

perfluorocarbonate liquide-huile de silicone doivent être appliquées si l'on utilise des systèmes grands champs non-contact : échange air-huile de silicone, injection directement de l'huile de silicone à l'aide d'une canule 23 ou 25 gauge par une sclérotomie avec un moyen de visualisation de la rétine adapté si l'échange perfluorodécane-huile de silicone est incontournable. La mixité des techniques n'est pas non plus irréalisable et replacer une lentille, contact direct sur une cornée, si le segment antérieur permet un accès de qualité au segment postérieur, n'est pas une hérésie dans la chirurgie du DR.

Le moyen classique de visualisation du fond d'œil par la lampe à fente permet de se replonger dans les profondeurs du passé, mais peut être très facilitateur ; encore faut-il que les plus jeunes se réhabituent à sa manipulation. En outre, la vitrectomie avec dépression sclérale et indentation par l'opérateur est beaucoup plus aisée dans ces conditions (I. Aubry-Quenet, Montpellier). Par ailleurs, si un fragmatome est nécessaire ou en cas d'extraction d'un corps étranger intraoculaire, l'ouverture de la conjonctive reste aujourd'hui obligatoire, faute d'instruments de petit calibre.

Un autre bémol du « sans suture » en vitrectomie postérieure est le risque d'hypotonie postopératoire, surtout chez les myopes forts avec le risque de complications hémorragiques. Le contrôle à J1 paraît nécessaire et raisonnable pour ce type de patient (V. Gualino, Montauban). Trois points de suture conjonctivaux-scléreaux sont une autre alternative pour les patients éloignés et opérés pourtant en ambulatoire...

Cependant, tous les DR ne relèvent pas d'une vitrectomie en première intention (A. Robinet, Brest), celle-ci pouvant par ailleurs être délétère pour la structure fovéolaire (Roohipoor R, J Ophthalmic Vis Res, 2015 et Koutsandrea C, Ophthalmologica, 2016), en dehors du risque de pli maculaire lors des échanges fluide-air. Il faut savoir indenter les déchirures à bords soulevés (même si le patient est pseudophaque), les DR des enfants et adultes jeunes (d'autant qu'il n'y a pas de décollement postérieur du vitré et que des signes de progression lente existent tels que les cordages sous-rétiniens), les dialyses à l'ora serrata, les patients phaqes avec une seule déchirure et macula à plat.

Par ailleurs, il faut savoir également varier les techniques chirurgicales et la mise en place d'une indentation inférieure complémentaire sur récurrence de DR malgré la vitrectomie peut être une

garantie de maintenir la rétine inférieure à plat. La prise en charge du DR par voie externe (figures 1 et 2) expose à peu de complications si l'on respecte les règles de ponction du liquide sous-rétinien à l'aiguille (en général Vicryl 8/0), l'endroit de la ponction exposant le moins aux hémorragies sous-rétiniennes (12h, 6h, de part et d'autre de 3h et 9h), une rétinopexie douce par cryoapplication en règle sur une déhiscence mise à plat par une ponction préalable du liquide sous-rétinien, et l'utilisation de l'air comme moyen de tamponnement interne en prohibant les gaz expansifs sur des yeux non vitrectomisés (A. Robinet, Brest).

Le 27 gauge, voire le 30 gauge, deviennent le standard de la vitrectomie de la macula (T. Wolfensberger, Lausanne). On oublie cette année la chirurgie de la limitante interne... Comme l'année dernière, la question sur la chirurgie de la membrane maculaire est plutôt « quand ? » que « comment ? » opérer (C. Zech, Lyon). Les membranes avec acuité visuelle supérieure à 7-8/10, Parinaud 1.9, sans métamorphopsies invalidantes, avec un épaissement fovéolaire inférieur à 341 microns sur l'OCT, une dépression fovéolaire présente, une pathologie maculaire sous-jacente majeure (DMLA évoluée), un œdème maculaire chronique quelle que soit son étiologie : tous ces critères ne sont pas en faveur d'une intervention.

Et si la cataracte s'invite à la pathologie maculaire...

La chirurgie combinée ne doit pas être systématique, même si plus de 80 % des patients de plus de 55 ans vitrectomisés feront une cataracte dans l'année qui suit la vitrectomie (E. Fourmaux, Bordeaux). En effet, elle est une économie de santé publique, mais le paradoxe est que la révision récente de la nomenclature des actes chirurgicaux valorise la chirurgie combinée en termes de T2A et donc de rentabilité pour les structures.

La chirurgie de la membrane maculaire et du trou maculaire est grandement facilitée par les colorants bleus peropératoires. Elle est également plus courte, si elle n'est pas combinée chez les patients fragiles âgés. Enfin, la chirurgie combinée peut exposer à une diminution de la dilatation pupillaire en fin de phaco, à une diminution de la transparence cornéenne ; elle peut nécessiter un petit rhexis pour éviter le *tilting* antérieur de l'implant si une bulle de gaz est injectée, ainsi qu'un point de suture plutôt qu'une hydrosuture, inducteur d'astigmatisme. On savait par ailleurs que les patients diabétiques, du fait des réactions inflammatoires postopératoires, n'étaient déjà pas de bons candidats à la chirurgie combinée. Cependant, si le correspondant est averti et que le patient le demande, elle reste toujours une alternative alléchante, en particulier pour la chirurgie du DR, quand la vitrectomie périphérique la plus complète possible est nécessaire. Enfin, c'est également le cas pour les trous maculaires même si le positionnement face vers le sol n'est pas nécessaire pour les petits trous de moins de 400 microns (A. Couturier, Paris). Cependant, si la chirurgie combinée est choisie, le positionnement face vers le sol permettra d'éviter autant que faire se peut le *tilting* antérieur de l'implant.

En conclusion

Retenons de cette année 2016 que l'indentation dans la chirurgie du DR doit continuer à être enseignée aux plus



Figure 1. Mise en place d'une indentation épisclérale par un rail type Schepens en silicone fixé par des points non résorbables au Dacron 5/0.

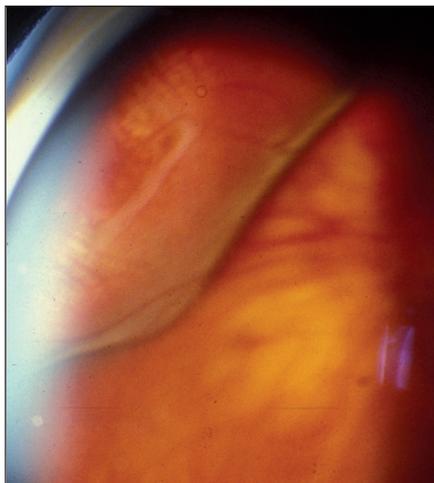


Figure 2. Rétinographie postopératoire d'une indentation épisclérale.



jeunes et qu'elle ne contre-indique pas la prise en charge en ambulatoire, si l'équipe ambulatoire et le patient sont informés des suites postopératoires parfois plus difficiles (douleurs, œdèmes palpébrales, vomissements) qui doivent être systématiquement prises en charge en amont, d'autant que les techniques du futur de réhabilitation de la vision par les implants rétinéens nécessitent un temps épiscléral.

De nouvelles indentations épisclérales maculaires sont également mises au point et indiquées quand la vitrectomie

et les tamponnements internes ne sont pas venus à bout des trous maculaires des myopes forts.

Enfin, la mixité des techniques chirurgicales est un plus dans la prise en charge des DR : indentation et vitrectomie dans certains DR inférieurs récidivants, utilisation des systèmes grand champ non-contact et contact en peropératoire pour réaliser au mieux dans certains types de DR la vitrectomie périphérique avec dépression sclérale, délicate avec les techniques actuelles sans ouverture conjonctivale.