



Décollements de rétine

Enfant amblyope : ne pas méconnaître des lésions rétinienne

Entretien avec Georges Caputo

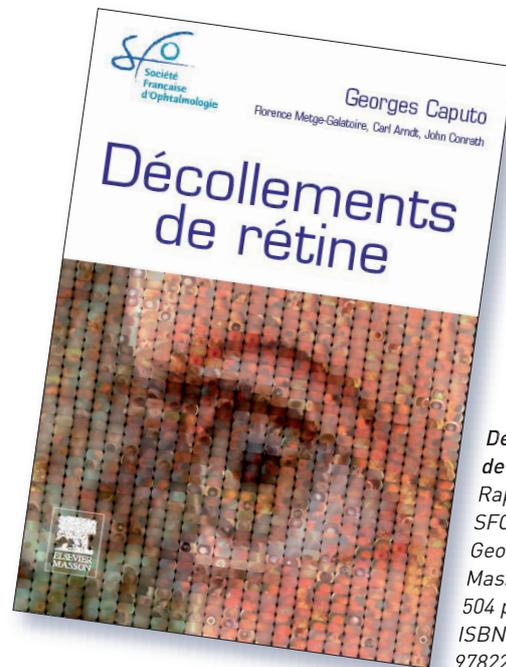
Fondation Rothschild Paris

Augmentation du nombre des décollements de rétine due à la généralisation de la phacoexérèse, flambée de rétinopathie liée à l'amélioration de la survie des enfants nés prématurément dans les pays émergents, ou encore épidémie mondiale de diabète, ces constats sont inquiétants. En contrepartie, les immenses progrès des systèmes d'imagerie et du matériel de chirurgie vitréo-rétinienne réalisés au cours des dix dernières années facilitent la prise en charge des décollements de rétine susceptibles de compliquer certaines pathologies.

Comment le rapport de la SFO 2011 peut-il s'intégrer dans la pratique quotidienne de l'ophtalmologie ?

Il existe non pas un mais plusieurs types de décollement de rétine. Une partie du rapport est consacrée aux différentes formes cliniques de l'adulte et une section traite des aspects pédiatriques. Nous avons souhaité continger le texte pour lui associer le plus d'images possible tout en faisant en sorte que les dimensions du livre restent raisonnables. Notre idée directrice était d'insister sur les progrès réalisés ces dix dernières années, à travers les différents chapitres et pathologies évoquées, pour présenter un panorama récent et facile à consulter.

Nous avons tenu à ce que le rapport soit édité sous forme numérique et convaincu la SFO pour que cette forme soit en accès libre après un an, car nous souhaitons que le livre soit utilisé. Le téléchargement libre vise à élargir la diffusion de l'ouvrage, notamment dans les pays francophones, pour que tous puissent en bénéficier. En effet, habituellement, une fois le congrès passé, le rapport est peu vendu et reste confidentiel.



Décollement de la rétine. Rapport SFO 2011. Georges Caputo. Masson, juin 2011. 504 pages, 305 €. ISBN : 9782294714719

L'amélioration des techniques de phacoexérèse a-t-elle permis de diminuer le taux de décollements de rétine postopératoires ?

La chirurgie de la cataracte induit moins de complications (luxation de fragments cristalliniens, hémorragies...) qu'autrefois ; le risque de décollement de la rétine (DR) est donc moindre. Cependant, les ophtalmologistes pratiquant de plus en plus d'interventions pour cataracte, le nombre de décollements de rétine s'élève en parallèle.

Différents facteurs, indépendants les uns des autres, augmentent le risque de DR postopératoire. Ce sont la myopie, les lésions prédisposantes de la périphérie rétinienne, palissades ou autres zones de fragilité, et l'absence de décollement du vitré.

La tendance actuelle conduit à extraire des cristallins de plus en plus clairs ; cependant, je ne peux recommander la chirurgie du cristallin clair qui, en tout cas chez le myope, augmente le taux de DR. Les études l'ont montré : la phacoexérèse peut provoquer un décollement postérieur du vitré (DPV), qui lui-même peut créer une déhiscence rétinienne par traction localisée sur une éventuelle lésion prédisposante (zone d'adhérence vitréo-rétinienne pathologique).

Quant aux implants multifocaux, il est vrai qu'ils altèrent la visibilité du fond d'œil, ce qui peut complexifier une intervention sur le segment postérieur, mais ils marquent un progrès auquel les rétiniologues doivent s'adapter et non s'opposer.

Les progrès de l'imagerie ont-ils modifié les pratiques ?

En dix ans, l'imagerie a considérablement progressé. Les OCT, notamment, se sont perfectionnés. Ils n'ont pas amélioré le diagnostic des DR, qui est clinique, mais la compréhension, *in vivo*, de situations cliniques réelles. Grâce aux modèles de dernière génération, nous pouvons analyser et comprendre des phénomènes pas ou peu perceptibles cliniquement ; comme l'évolution anatomique de la rétine, notamment de la macula, une fois celle-ci réappliquée. Ces données nous permettent d'évaluer le pronostic visuel des opérés avec plus d'assurance.

L'Optomap® [système de visualisation digitale du fond d'œil utilisant le principe de l'ophtalmoscopie à balayage laser, ou SLO] fournit de façon non-contact des images grand champ sur pupille non dilatée. Il est utile au dépistage, c'est pourquoi de nombreux optométristes s'en sont équipés en Grande-Bretagne et aux États-Unis. Mais il ne modifie en rien la prise en charge des DR.

Autre exemple, la Retcam® (caméra digitale contact portable dont le champ des clichés est très large) offre un double avantage. Non seulement elle produit des images de pathologies compliquées, difficiles à évaluer et à suivre, mais aussi permet de les partager dans le cadre de la télé-médecine.

Alors que nous manquons d'ophtalmologistes spécialisés, cela permet d'obtenir et de confronter des avis d'experts, pas toujours convergents, et d'optimiser la prise en charge, pour plus d'efficacité.

Dans quels cas rechercher une tumeur et comment ?

L'échographie, devenue très performante, est l'examen de choix. Chez l'adulte, elle est indiquée au moindre doute : devant un DR dont l'histoire ou la topographie est atypique, en l'absence de déchirure ou des symptômes habituels. Le plus souvent, il s'agit d'un mélanome, voire de métastases, de la choroïde. Il faut donc bien interroger les patients sur leurs antécédents généraux, le contexte est important.

Par principe, tout décollement de rétine de l'enfant doit être considéré comme un rétinoblastome jusqu'à preuve du contraire, surtout avant deux ans. Dès le diagnostic de DR posé, l'enfant doit être adressé au plus vite en milieu spécialisé pour éliminer cette éventualité. Dans un second temps, l'échographie permet de rechercher d'autres pathologies comme une persistance de la vascularisation fœtale ou une maladie de Coats.

En quoi la chirurgie vitréorétinienne a-t-elle évolué ?

La miniaturisation des instruments a imposé de perfectionner les machines et les outils. Meilleure gestion des fluides, bon contrôle de la coupe, efficacité de la procédure, les vitréotomes sont plus performants, ce qui a nettement amélioré la sécurité et la précision de la vitrectomie, devenue de ce fait beaucoup plus complète.

Par ailleurs, les sondes d'endo-illumination et d'endolaser actuelles sont bien plus performantes. Les systèmes de visualisation grand-champ offrent quant à eux une vue panoramique du fond d'œil, y compris dans des conditions difficiles. Ils facilitent la gestion des différents temps opératoires, comme les échanges fluide/gaz ou la photocoagulation. L'ensemble de ces éléments explique les importants progrès chirurgicaux réalisés.

Et l'endoscopie ?

L'endoscopie est un outil supplémentaire qui nous permet de faire face à certaines situations dans lesquelles l'opacification des milieux empêche la visualisation du segment postérieur. Elle évite d'avoir à déposer la cornée (avec kératoprothèse transitoire, voire vitrectomie à ciel ouvert). Elle bénéficie de différents progrès : le matériel est maintenant autoclavable et résiste aux stérilisations, mais la qualité de l'image reste à améliorer.

Comment optimiser la récupération visuelle après décollement maculaire ?

En cas de DR, la rétine s'épaissit. La durée d'évolution et la hauteur du décollement sont des éléments pronostiques. Si la macula est à plat, il faut essayer d'opérer rapidement. Si elle est soulevée, nous disposons d'un délai supplémentaire, sachant que le pronostic se dégrade si le soulèvement date de plus d'une semaine. Mais il est toujours préférable d'opérer avec un plateau technique réduit dans de bonnes conditions, plutôt qu'en urgence.

Mieux évaluer et comprendre la phase postopératoire (OCT) nous permet de mieux informer les patients qui se présentent avec un décollement de rétine, mais il n'existe pas de stratégie préventive bien définie pour en améliorer le pronostic. Bien analyser la situation clinique initiale – durée d'évolution, macula soulevée ou non, DR volumineux ou DR plan – permet de bien organiser la chirurgie.

En l'absence d'études randomisées, comment envisager la prévention du DR, sachant que toutes les déchirures n'entraînent pas de DR et que des déchirures peuvent intéresser la rétine saine ?

Il faut distinguer plusieurs cas de figure.

Devant des lésions prédisposantes, palissades ou givre, en



l'absence d'antécédents personnels ou familiaux, une simple surveillance peut suffire.

En présence de facteurs de risque, comme une myopie sévère avec notion de DR d'un côté, une dégénérescence vitréo-rétinienne (syndrome de Wagner ou de Stickler) ou une maladie du tissu conjonctif (Marfan), la surveillance est plus rapprochée. Au moindre doute, en cas de symptôme, de lésion rhéumatogène, de déchirure ou de trou, une photocoagulation périlésionnelle est indiquée.

En règle générale, devant une déchirure ou un trou, symptomatiques ou non (découverte fortuite), la prévention locale par laser est admise et justifiée.

Enfin, après une déchirure géante, le risque de bilatéralisation s'élève à 50 %. La prévention laser est justifiée, mais doit être effectuée dans de bonnes conditions. Un barrage circulaire doit être réalisé derrière la base du vitré, sachant qu'il est difficile de situer cette zone. Le cloutage antérieur, tel une PPR (panphotocoagulation rétinienne) lâche, évite le développement de DR circulaires en « pneus ».

Dans tous les cas il faut absolument informer les patients que le laser n'élimine pas tout risque de décollement de rétine et les sensibiliser afin qu'ils consultent au moindre nouveau symptôme.

En 2011, que faut-il savoir de la rétinopathie des prématurés (RDP) ?

C'est un problème d'actualité mondiale : l'épidémie actuelle est liée à l'amélioration de la survie des prématurés dans les pays émergents (où la RDP explique jusqu'à 39 % des cas de cécité légale, alors qu'il s'agit d'une cause évitable, contre 6 %

à 18 % dans les pays industrialisés). Tous les enfants nés avant 32 semaines d'aménorrhée et dont le poids de naissance est inférieur à 1 200 g doivent être dépistés par ophtalmoscopie indirecte ou Retcam® si possible. Au plan thérapeutique, nous disposons d'une nouvelle option : les injections intravitréennes d'anti-VEGF. Elles permettent de faire face à des situations qui auparavant comportaient d'importantes difficultés (formes postérieures agressives). Les DR doivent être opérés.

Les enfants et les adolescents qui ont des antécédents de rétinopathie des prématurés doivent être suivis plus étroitement que la population générale. En effet, des décollements de rétine rhéumatogènes tardifs peuvent apparaître.

En conclusion ?

La présentation du rapport de la SFO est spécialisée mais panoramique. Une section complète est consacrée à l'enfant. Il faut rappeler à ce sujet la nécessité d'examiner soigneusement tout enfant qui souffre d'une amblyopie, à la recherche de pathologies rétinienne dont le pronostic dépend de la précocité du traitement.

En effet, il arrive encore que des amblyothérapies soient débutées et poursuivies plusieurs mois alors qu'il existe une pathologie organique sous-jacente. Il faut connaître les signes d'appel indirects chez l'enfant et pratiquer un examen ophtalmologique complet quitte à le programmer sous anesthésie générale.

Nous espérons que les ophtalmologistes trouveront dans ce livre un outil utile dans leur pratique

Propos recueillis par Véronique Barbat