



La chirurgie vitréo-rétinienne en ambulatoire. L'avis des experts

Véronique Pagot-Mathis

Avec la participation de Marie-Noëlle Delyfer (Bordeaux), Isabelle Aubry-Quenet (Montpellier), Thomas Wolfenberger (Lausanne), Christophe Chiquet (Grenoble), Carl Arndt (Reims), Vincent Soler (Toulouse), David Gaucher (Strasbourg)

La pratique en ambulatoire de la chirurgie vitréo-rétinienne, objet d'une incitation par les autorités de santé, est discutée par les ophtalmologistes. Pour voir s'il existe un consensus, un cas clinique tiré de la « vraie vie » a été proposé à plusieurs chirurgiens d'expérience du secteur public et privé et la synthèse de leurs réponses a permis de dégager les principales tendances vis-à-vis de cette question. Et vous qu'auriez-vous fait ?

Depuis environ un an, les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) orientent fortement les établissements de santé, privés ou publics, à pratiquer les interventions de chirurgie vitréo-rétinienne en ambulatoire. En effet, que le patient reste 0, 1 ou 2 nuits pour une intervention sur la rétine, la classification GMH (groupe homogène de malades) est identique. Les comorbidités associées en ophtalmologie pouvant augmenter le GHM sont rares car la pathologie ophtalmologique est dans l'immense majorité des cas monosymptomatique. Au regard de la banalisation actuelle de la chirurgie vitréo-rétinienne avec les vitrectomies mini-invasives, minimalistes et la pratique de moins en moins courante de l'indentation épisclérale par les jeunes chirurgiens, le virage de l'ambulatoire en chirurgie vitréo-rétinienne paraît aujourd'hui plus difficile à négocier par les patients et les anesthésistes que par les chirurgiens eux-mêmes.

Un cas clinique de la « vraie vie » a été proposé à plusieurs chirurgiens d'expérience du secteur public et du secteur privé. Que chacun en tire ses conclusions en fonction de ses convictions.

Le cas clinique

La situation clinique suivante vous est proposée et nous serions particulièrement heureux de connaître votre attitude thérapeutique :

Un patient âgé de 60 ans vous est adressé pour un

décollement de la rétine (DR) datant de 24 heures. Il s'agit d'un DR bulleux supérieur s'étendant de 10h à 2h, avec macula probablement off, sur une déchirure équatoriale sur palissade à midi, avec acuité visuelle préopératoire à « voit bouger la main ».

Ce patient est emmétrope, paque, avec une opalescence du cristallin. Il est monophtalme et a perdu l'œil adelphe par DR il y a quatre ans. Il vit à 110 km de votre cabinet, seul mais entouré d'amis et ses enfants habitent dans la même ville.

Il est sous Kardegic® pour un infarctus du myocarde depuis six ans ; il est diabétique non insulino-dépendant et hypertendu traité à 145/100 de tension régulière.

Les réponses des consultants

1. Mode de prise en charge en fonction de vos habitudes, contraintes institutionnelles ? Ambulatoire ou non ?

M.-N. DELYFER. Une nuit pré- et postopératoire uniquement à cause de la distance du domicile.

I. AUBRY-QUENET. Patient opéré dans les 48 heures par un des trois chirurgiens du groupe. Hospitalisation d'une nuit. Pas d'ambulatoire car le patient est monophtalme et habite seul.

Unité rétine, service d'ophtalmologie, hôpital Pierre-Paul Riquet, CHU de Toulouse

T. WOLFENBERGER. Rapidement... s'il y a la place au bloc le même jour, autrement le lendemain (en attendant l'opération : hospitalisation du patient car situation monophthalme qui ne voit rien).

C. CHIQUET. Je propose une hospitalisation conventionnelle de 2-3 jours (rentre le matin de la chirurgie) ; l'éloignement géographique habituel de nos patients ne rend pas facile l'ambulatoire car contrôle à J1 très fréquemment nécessaire.

C. ARNDT. Comme le patient vit seul, même entouré par sa famille et des amis, l'hospitalisation d'une nuit sera préférée. Cependant, je choisirai l'ambulatoire à deux conditions : disponibilité de l'ophtalmologiste traitant pour le J1 et possibilité d'accompagnant pour la nuit.

V. SOLER. Hospitalisation en ambulatoire si possible ; la structure ambulatoire accepte les urgences avec possibilité d'hébergement dans l'hôtel hospitalier ce qui permettra le contrôle postopératoire à J1. S'il n'y a pas de place en ambulatoire ou au bloc opératoire dans les 24 heures, hospitalisation conventionnelle de deux nuits uniquement ; la distance et le caractère monophthalme du patient n'entrent pas en jeu dans la décision car il est entouré.

D. GAUCHER. Hospitalisation conventionnelle car d'un point de vue institutionnel, la structure ambulatoire n'accepte pas les urgences. En revanche, si l'opération est réalisée dans la journée, la sortie est effectuée le lendemain.

2. Chirurgie proposée et type de tamponnement si besoin ?

M.-N. DELYFER. Vitrectomie postérieure par trois voies d'abord à la pars plana en première intention avec cryo-application et tamponnement interne par SF6 (\pm associé à une chirurgie de la cataracte en fonction de l'opalescence cristallinienne...).

I. AUBRY-QUENET. Vitrectomie postérieure par trois voies d'abord à la pars plana car DR bulleux, macula off et déchirure probablement équatoriale.

Tamponnement interne par un mélange non expansif SF6/air en prévenant le patient qu'il y a un passage difficile : pas d'acuité visuelle tant qu'il y a le gaz, organisation d'aide à domicile.

T. WOLFENBERGER. Vitrectomie postérieure par trois voies d'abord à la pars plana en anesthésie locale avec aspiration du liquide sous-rétinien, cryoapplication et petite bulle (2cc) de SF6 23% pour ne pas obstruer l'axe visuel le lendemain.

Faire phakoexérèse du cristallin en 2^e temps par son ophtalmologiste sur place à 110 km (si l'opalescence du

cristallin est grande : phacoémulsification (PKE) en même temps – jugement clinique).

C. CHIQUET. Dans ce contexte, les deux techniques cryo-indentation-SF6 ou vitrectomie-cryo-SF6 donneront le même résultat anatomique.

J'opterai pour une chirurgie ab externo en première intention chez ce patient car le cristallin est clair.

C. ARNDT. Je proposerais plutôt une vitrectomie avec tamponnement par huile de silicone en raison de l'autre œil perdu par DR et du caractère monophthalme, même si en théorie les chances de succès primaire chez le phaque sont identiques avec la cryoindentation.

V. SOLER. Vitrectomie postérieure par trois voies d'abord à la pars plana sans suture 23 ou 25G en première intention car la déchirure est équatoriale (manque longueur axiale ? supérieure à 26 mm ?) avec cryoapplication et tamponnement interne par SF6/air à 20%.

D. GAUCHER. Vitrectomie-cryo-gaz car la déchirure est supérieure et le décollement bulleux macula off. Ceci évite une ponction du liquide sous-rétinien potentiellement dangereuse sous antiagrégants. En fonction de l'activité du patient et du mode de vie du patient (seul++), on peut choisir un tamponnement par huile de silicone pour une meilleure vision, mais en deuxième choix seulement car cela nécessite deux interventions et la toxicité du silicone est possible même si elle est rare.

3. Type d'anesthésie ? Problème ou non du Kardegic® ?

M.-N. DELYFER. Anesthésie péribulbaire de ropivacaïne le plus probablement, sauf si contre-indication de la part de l'anesthésiste et alors sous-ténonienne de lidocaïne. Pas d'arrêt du Kardegic®.

I. AUBRY-QUENET. Pas de contre-indication à l'anesthésie loco-régionale (ALR) pour le Kardegic® mais nos anesthésistes n'aiment pas trop les ALR chez les monophthalmes ; à discuter selon l'anesthésiste et l'importance du terrain (antécédents d'infarctus du myocarde).

Antibioprophylaxie.

T. WOLFENBERGER. ALR sans problème sous Kardegic®. Gérer l'HTA par l'anesthésiste.

C. CHIQUET. Anesthésie générale et nous pouvons continuer l'aspirine. Nous avons montré récemment dans le journal *Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol.* (2015) que l'aspirine n'augmente pas le taux de complications hémorragiques dans la chirurgie de DR.

C. ARNDT. Anesthésie locale sous-ténonienne, surtout si ambulatoire.

Chirurgie

V. SOLER. ALR souhaitée sous Kardegic®, mais problème de certains anesthésistes pour la loco-régionale, et une longueur axiale supérieure à 26 mm, ainsi que chez le patient monophthalme. À discuter avec les anesthésistes et le souhait du patient, bien sûr, en fonction du risque cardiaque de l'anesthésie générale.

D. GAUCHER. Anesthésie en fonction du patient. S'il est très angoissé et claustrophobe, je préfère l'anesthésie générale, sinon une anesthésie sous-ténonienne est préférée.

4. Positionnement postopératoire éventuel ? Pli maculaire ?

M.-N. DELYFER. Face vers le sol pendant 2 heures puis une demi-heure assis (i.e. : debout ou assis en journée, deux oreillers derrière la tête la nuit) pendant une semaine. Pas d'activités sportives avant un mois.

I. AUBRY-QUENET. Boudeur pour éviter le pli maculaire d'où l'intérêt de l'ALR.

T. WOLFENBERGER. Pour un œil droit, par exemple : 15 minutes côté droit, puis 15 minutes sur le ventre, puis 15 minutes sur le côté gauche. Dormir sur le dos tête sur-élevée.

C. CHIQUET. Bulle le soir de la chirurgie (pour éviter le pli maculaire) si un drainage externe n'a pas été réalisé, puis demi-assis 8 jours.

C. ARNDT. Pas de positionnement.

V. SOLER. Position face vers le sol une heure le soir de la chirurgie et trois heures le lendemain. Le patient peut dormir comme il veut.

D. GAUCHER. Positionnement décubitus dorsal strict en salle de réveil, sous gaz ; la bulle est volontairement laissée incomplète mais le mélange est légèrement expansif (C2F6 22%) pour laisser le temps à la réapplication « sous eau ». Positionnement face vers le sol la nuit, puis demi-assis pendant 10 jours ou pas de positionnement en fonction des possibilités du patient.

5. Prise en charge de la douleur en postopératoire immédiat et sur 48 heures ?

M.-N. DELYFER. Paracétamol 1 g. Si insuffisant : kétoprofène LP 100 1 matin et soir pendant 3 jours (avec ésoméprazole 20 en prévention gastrique).

I. AUBRY-QUENET. Antalgiques simples, vitrectomie en principe non algique.

C. CHIQUET. Pas vraiment de douleurs en post-vitrectomie

surtout si une injection sous-ténonienne de ropivacaïne est pratiquée en peropératoire. Celle-ci est réalisée systématiquement dans le cas d'une cryoindentation.

Une titration morphine est réalisée fréquemment en SSPI (salle de surveillance post-interventionnelle). Puis antalgiques simples : paracétamol 1 g 3 fois par jour, tramadol 50-100 mg 3 fois par jour si la douleur est plus importante.

Morphine sulfate 10-20 mg 4 fois par jour si besoin.

C. ARNDT. Sous-ténonienne pour l'analgésie postopératoire des 24 heures, ensuite traitement local corticoïdes et dilatateurs 7 jours, AINS collyre 3 mois.

V. SOLER. Antalgiques simples type paracétamol en post-opératoire, sans AINS systématiques.

Ibuprofène 3 fois par jour si douleurs plus intenses.

Information du patient en cas de douleurs plus intenses ne cédant pas sous ce traitement, avec numéro des urgences ophtalmologiques du CHU.

D. GAUCHER. Pas de prise en charge particulière de la douleur.

6. Comment gérez-vous l'éventuelle hypertonie postopératoire immédiate et sur 48 heures ?

M.-N. DELYFER. Cela dépend de la cause et des chiffres :

- si trop de gaz : exsufflation,
- si niveau de gaz et PIO à 25-26 mmHg : aproclonidine 0,5 1 goutte 3 fois par jour pendant 5 jours,
- si niveau de gaz OK et PIO > 30 mmHg : acétazolamide 250 1 cp par jour pendant 72 heures (avec potassium chlorure microencapsulé et contrôle glycémique).

I. AUBRY-QUENET. Acétazolamide per os systématique pendant 8 jours.

C. CHIQUET. Si j'ai fait une cryoindentation : acétazolamide IV la première nuit, puis per os avec diminution sur 72 heures ± collyres hypotonisants selon la réponse.

Dans le cas d'une vitrectomie : timolol + dorzolamide en collyre 5 jours.

C. ARNDT. Pas de traitement systématique. À mettre en route selon consultation J1.

V. SOLER. Acétazolamide IV 1 ou ½ ampoule IV 4 heures après la chirurgie systématique et collyres hypotonisants type timolol + dorzolamide en postopératoire pendant un mois, surtout si les sclérotomies ont été suturées par précaution en fin d'intervention.

D. GAUCHER. 10 jours de collyres hypotonisants type aproclonidine et brinzolamide par exemple.

7. Délais de consultation postopératoire ?

M.-N. DELYFER. J8 par l'ophtalmologiste traitant (ou moi si pas d'ophtalmologiste traitant) pour contrôle de la PIO et J30 par l'opérateur.

I. AUBRY-QUENET. J1 à la clinique, J8 chez le correspondant, J30 chez nous.

T. WOLFENBERGER. Premier contrôle postopératoire J1 le lendemain, puis le patient peut retourner chez son ophtalmologiste à 110 km avec contrôle chez moi si besoin.

C. CHIQUET. J10 et M1.

C. ARNDT. J1 par l'opérateur ou le correspondant si ambulatoire, J7 par le correspondant (tonus oculaire), J21 par l'opérateur.

V. SOLER. J1 (hospitalisation en hôtel hospitalier avec accompagnant) et à J30.

D. GAUCHER. Consultation postopératoire J1 car hospitalisé, puis J8 dans le service ou chez le correspondant.

En synthèse

Il apparaît que l'hospitalisation en secteur ambulatoire, malgré les pressions institutionnelles, n'est pas systématique et que le patient urgent, monophtalme et éloigné est encore difficilement éligible dans cette structure. Ce contexte est évoqué dans presque tous les cas par nos consultants. L'hôtel hospitalier est une bonne alternative, mais impose encore la présence d'un accompagnant avec le patient, surtout pour la nuit postopératoire.

Dans presque tous les cas, la vitrectomie postérieure sans suture en première intention est préconisée avec une rétinopexie par cryoapplication dans tous les cas et un tamponnement interne par gaz dans 5 cas sur 7. L'huile de silicone reste tout de même une éventualité dans deux

cas en raison de ses propriétés optiques.

Quant à l'anesthésie, très anesthésiste-dépendante dans presque tous les cas, elle fait la part belle à l'ALR dans 5 cas sur 7 avec une préférence pour la sous-ténoïenne chirurgicale sous anticoagulants.

Dans les propositions de tamponnement par gaz, la position postopératoire face vers le sol est unanime, de durée variable mais en postopératoire immédiat en prévention du pli maculaire.

Le problème de l'hypertonie postopératoire est géré dans 4 cas sur 7 par un protocole de drogues et collyres hypotonisants instauré systématiquement en postopératoire immédiat. Les autres attendront la prise de la tension oculaire à J1.

Pour ce qui est de la visite postopératoire, le problème du J1 est réglé par le fait que le patient est hospitalisé. Le contrôle de la tension oculaire par le correspondant est préconisé dans 6 cas sur 7. Le contrôle à J30 par l'opérateur est systématique.

Conclusion

Malgré la banalisation actuelle de la chirurgie vitréo-rétinienne et les contraintes institutionnelles du fait des problèmes économiques de la santé, la prise en charge du DR en urgence en secteur ambulatoire ne paraît pas encore aussi simple que la programmation d'une vitrectomie pour membrane maculaire ou corps flottants bientôt en 27 gauge. Il est essentiel que la structure d'ambulatoire soit formée à la chirurgie rétinienne et en particulier aux positionnements postopératoires. Ceci peut rentrer dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et fera bien plaisir à nos cadres de santé, nos ingénieurs qualité et nos directeurs. Un accueil ambulatoire dit « long » paraît mieux adapté avec des patients en lit et non en fauteuil.