

Décollement de la rétine rhéomatogène



Le décollement de la rétine rhéomatogène (DRR) se définit comme un soulèvement de la rétine. Celle-ci se retrouve séparée de l'épithélium pigmentaire par du liquide sous-rétinien (LSR) dû à une solution de continuité (déhiscence) intéressant l'épaisseur de la rétine. Dans la quasi-totalité des cas, la cause est vitréo-rétinienne.

Les principes de sa prise en charge découlent directement de ces notions physiopathologiques :

- d'une part, obturer la déhiscence – le plus souvent par la réalisation d'une indentation ou par l'utilisation d'un tamponnement interne – afin d'interrompre le passage de LSR dans l'espace sous-rétinien ;
- d'autre part, obtenir une guérison définitive en créant autour de la déhiscence, par la rétinopexie, une cicatrice adhésive entre l'épithélium pigmentaire et la rétine.

Depuis quelques années, la prise en charge des décollements de la rétine a évolué vers un abord endoculaire en première intention, même en l'absence d'une prolifération vitréo-rétinienne, en particulier chez le patient pseudophaque. Cela est la conséquence des progrès techniques : machines de vitrectomie, miniaturisation des instruments, moyens de visualisation du fond d'œil grand champ d'un apprentissage plus facile. De ce fait, nos jeunes collègues raisonnent vitrectomie sans suture de prime abord et redoutent souvent le temps épiscléral de l'intervention s'il est nécessaire.

Malgré cette modernisation, le diagnostic et l'observation du DRR n'ont pas changé et leur qualité permet de poser la bonne indication opératoire. André Mathis disait toujours à ses élèves : « Examinez bien le soir et faites-vous le film de la chirurgie la nuit, c'est le secret de la réussite, comme en F1. » C'est pour cela que j'ai demandé à la jeune équipe de l'unité rétine du service Thomas et Saleh, deux internes rétinologues très prometteurs, ainsi qu'à Valérie Glimois, chef de clinique, de nous faire « vivre » leur prise en charge du DRR des urgences au bloc opératoire.

Anne Robinet, par sa grande expérience de rétinologue, expliquera aux plus jeunes pourquoi la prise en charge épisclérale du DRR reste d'actualité.

Vincent Soler, notre jeune et dynamique agrégé toulousain, et Caroline Tolou feront un point sur le délai de prise en charge du DRR. En effet, s'il est important de reconnaître l'urgence maculaire pour optimiser la récupération fonctionnelle postopératoire, il est également important de faire opérer une rétine décollée par le chirurgien compétent et de savoir programmer intelligemment la prise en charge d'un DRR.

Enfin, la vitrectomie en première intention étant aujourd'hui de plus en plus fréquente dans la prise en charge du DRR, il en découle une utilisation plus fréquente des tamponnements internes gazeux, voire de l'huile de silicone. Quelques adaptations des techniques opératoires sont à connaître avec la méthode sans suture.

*Véronique Pagot-Mathis,
Unité rétine-Service d'Ophthalmologie, hôpital Pierre-Paul-Riquet, CHU Toulouse*