

de la membrane limitante interne était un geste crucial dans la chirurgie vitréorétinienne. L'ablation de cette structure évite tout risque de « reproductibilité » cellulaire sur la surface de la rétine. Ainsi, d'après le Pr Gandorfer, le pelage de la membrane limitante interne devrait être un geste à réaliser de manière systématique en cas de vitrectomie car elle permettrait de réduire le risque de survenue de certaines complications post-chirurgicales.

La réalisation de cette ablation se heurte à deux problèmes principaux : la difficulté de visualisation de la structure en question et le risque potentiel de lésion rétinienne qu'elle pourrait induire. La visualisation de la membrane limitante interne a fortement bénéficié de l'apport des colorants vitaux introduits ces dernières années dans la chirurgie oculaire bien que leur utilisation dans la chirurgie vitréorétinienne prête encore à discussion. Une étude proposée par le Dr Morel semble clore le débat en démontrant de manière très nette qu'ils autorisent une ablation plus complète de la membrane limitante interne tout en réduisant le risque de traumatisme rétinien. Ainsi, l'utilisation de colorant est fortement recommandée dans tous les cas où la membrane limitante interne doit être pelée, en particulier chez le myope fort, en cas de présence d'un implant multifocal et de chirurgie combinée.

Il est cependant légitime de se demander si un tel geste n'entraîne pas de lésions rétiniennes préjudiciables pour l'acuité visuelle postopératoire, d'autant plus que des anomalies rétiniennes observées après pelage de la membrane limitante interne ont été déjà décrites et regroupées sous le terme de « *Dissociated Optic Nerve Fiber Layer* » (DONFL).

Le Dr Tadayoni nous a proposé les résultats d'une étude comparant les données d'un nouveau type d'exploration couplant OCT et micropérimétrie chez des patients ayant bénéficié ou pas d'un pelage de la membrane limitante interne. Il est noté de manière très significative la présence de nombreux scotomes paracentraux et une baisse de sensibilité de la perception visuelle dans le groupe où a été réalisé le pelage. Il semble donc exister un possible effet délétère de l'ablation chirurgicale de la membrane limitante interne sur la rétine et donc la vision. Par ailleurs, une équipe (*Kazuyuki Nukada et al. ARVO 2011*) a présenté récemment les résultats de travaux montrant que la DONFL fait probablement intervenir des lésions des fibres optiques mais aussi des cellules de Müller.



Rétine chirurgicale

Sylvain Auriol

Hôpital Paule de Viguier, Toulouse

Des mises au point

Pas de grande révolution en chirurgie rétinienne, mais l'occasion de faire le point sur certaines techniques et conduites à tenir.

Pelage de la membrane limitante interne

Une présentation très intéressante du Pr Gandorfer de Munich nous a permis de mieux comprendre en quoi le pelage

DMLA et syndrome de Terson : des hémorragies intravitréennes particulières

La DMLA est une pathologie se compliquant rarement d'hémorragie du vitré. Sa survenue est habituellement le témoin de gros néovaisseaux choroïdiens et son évolution est le plus souvent péjorative.

Le Dr Le Mer nous a proposé une conduite à tenir en cas de suspicion d'hémorragie intravitréenne compliquant une



DMLA. Dans un premier temps, il faudra formellement éliminer un décollement de rétine et un mélanome choroïdien à l'aide d'une échographie en mode B. Il faudra ensuite s'enquérir du niveau d'acuité visuelle avant le saignement car elle représente le meilleur critère pronostique postopératoire. Une intervention sera à éviter lorsque le saignement est ancien, s'il s'agit d'un patient déjà multitraité, si l'acuité visuelle avant le saignement était très faible. En revanche, chez un patient très demandeur, monophalme et/ou présentant un saignement récent sur un œil fonctionnel, on pourra proposer une chirurgie.

Le syndrome de Terson correspond à la survenue d'hémorragies rétinienne et/ou prémaculaires et/ou intravitréennes compliquant une hémorragie méningée. Il serait secondaire à la compression directe de la veine centrale de la rétine du fait de l'hypertension intracrânienne. Il s'agit d'une complication relativement fréquente des hémorragies méningées survenant dans 20 % des cas et le témoin de formes graves. Bien que sa prise en charge ne soit pas bien codifiée, le Dr Becquet a tenté d'établir une démarche thérapeutique claire. Le dépistage du syndrome de Terson se fait à l'aide d'un fond d'œil. Lorsqu'il existe une hémorragie intravitréenne bilatérale ou que le patient est un enfant, il faudra proposer une vitrectomie de façon systématique. En cas d'hémorragie unilatérale, l'indication chirurgicale se base sur les données de l'échographie B. Si celle-ci met en évidence la présence d'une membrane ou d'un hématorne prémaculaire et/ou d'une prolifération vitréorétinienne, la vitrectomie sera envisagée. S'il s'agit d'hémorragie de vitré simple, on proposera une surveillance biomicroscopique et échographique B pendant deux à trois mois.

Chirurgie du fovéoschisis du myope forte

Le rétinopathie maculaire du myope fort est une pathologie complexe dont la prise en charge chirurgicale reste peu standardisée. Le Dr Devin nous a fait part de son expérience dans ce domaine. Il semble important de ne pas se précipiter, le fovéoschisis du myope fort n'étant pas une urgence chirurgicale hormis dans les formes compliquées de décollement de rétine du pôle postérieur. Le meilleur indicateur pour entreprendre une intervention est l'évolution de l'acuité

visuelle, en particulier de près. C'est d'ailleurs sur cette dernière que le gain visuel est le plus important.

La technique chirurgicale est délicate car le vitré du myope fort étant très adhérent à la rétine, la réalisation du décollement postérieur du vitré est toujours difficile. C'est dans ce cas de figure que l'utilisation de colorants tels que la triamcinolone est obligatoire afin d'obtenir une ablation la plus complète possible du gel vitréen. Un tamponnement interne postopératoire par mélange gazeux non expansif ne semble pas indispensable à la réussite de la procédure chirurgicale.