



Prise en charge des décollements de rétine reghmatogènes

Jad Akesbi

Le décollement de rétine reghmatogène est une urgence chirurgicale (figure 1). Le choix de la chirurgie ab externo ou ab interno se fera en fonction du type de décollement et de sa durée. En 2012, la vitrectomie sans suture de première intention prend de plus en plus le pas sur la cryoindentation. Le principe de la chirurgie reste inchangé et repose sur l'interruption du passage de liquide dans l'espace sous-rétinien en obtenant la déhiscence et la création d'une rétinopexie soit par endophotocoagulation, soit par cryothérapie externe.

Pourquoi la prise en charge est-elle une urgence ?

Pour comprendre l'intérêt d'une prise en charge urgente du décollement de rétine, il faut s'intéresser aux facteurs préopératoires qui influencent la récupération visuelle. Ainsi, la durée d'un décollement de rétine est un facteur prédictif significatif de l'acuité visuelle postopératoire. L'apoptose des photorécepteurs débute dès la dislocation du complexe épithélium pigmentaire-photorécepteurs provoquée par le décollement de rétine, la privant ainsi de glucose et d'oxygène. Aujourd'hui, malgré de nombreux débats, il existe un consensus pour une prise en charge la plus rapide possible en sachant que la durée de prise en charge ne doit pas excéder une semaine et qu'un décollement de rétine sans soulèvement maculaire ne doit pas le devenir.

La prise en charge des décollements de rétine a considérablement évolué en trente ans

Elle est passée d'une chirurgie endoculaire réservée aux hémorragies intravitréennes et aux proliférations vitréorétiniennes à une chirurgie par vitrectomie sans suture majoritaire, moins douloureuse et mieux vécue aussi bien pour le patient que le chirurgien. Néanmoins, le pronostic a globalement peu évolué, le taux de récurrence

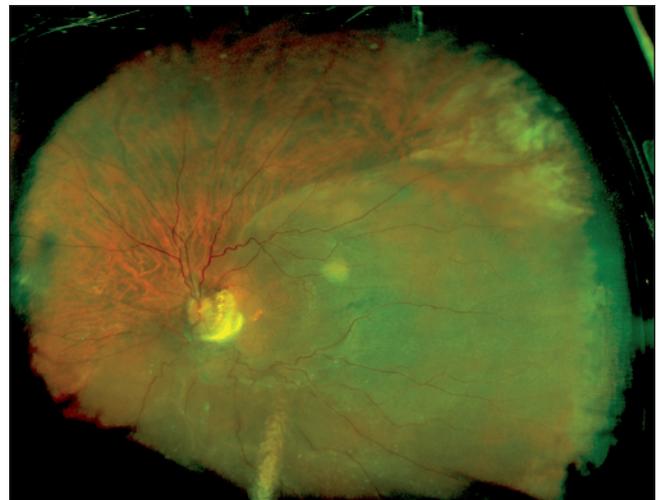


Figure 1. Décollement de rétine inférieur macula Off d'un œil gauche.

par prolifération vitréorétinienne étant stable.

La chirurgie par voie externe a peu évolué. Le matériel d'indentation actuellement utilisé est une éponge en silastic alvéolé, ou plein pour les cerclages, associé à une rétinopexie par cryoapplication transclérale (figure 2), avec la possibilité d'utiliser un gaz sans vitrectomie (SF6, hexafluorure de soufre).

Pour les déchirures à bords peu soulevés, la possibilité de ne pas utiliser de matériel d'indentation (rétinopexie pneumatique par cryothérapie et SF6) reste très utilisée aux États-Unis en première intention (figure 3).

Les indications actuelles de la cryoindentation dépendent de l'évaluation préopératoire :

- le patient jeune, phaque, présentant une déchirure unique ou multiple au même niveau,
- le patient présentant une déchirure inférieure qui serait mal indentée par le gaz,
- le patient présentant une dialyse à l'ora,
- la localisation de la déchirure : une déchirure (trou ou clapet) périphérique.

Hôpital des Quinze-Vingts, Paris

Chirurgie

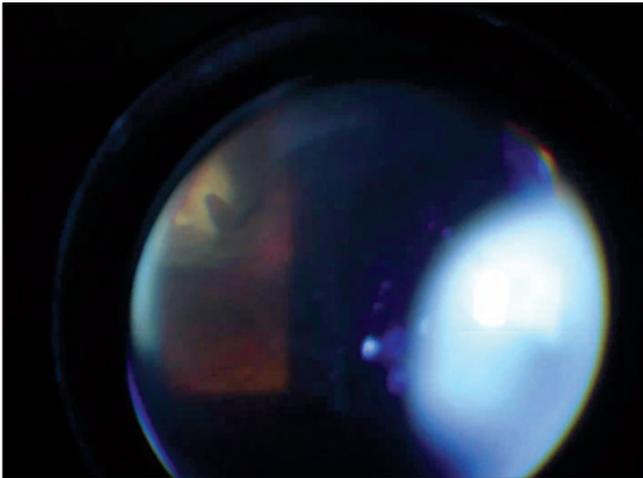


Figure 2. Cryothérapie peropératoire d'une déchirure. La rétine blanchit sous l'effet du froid.

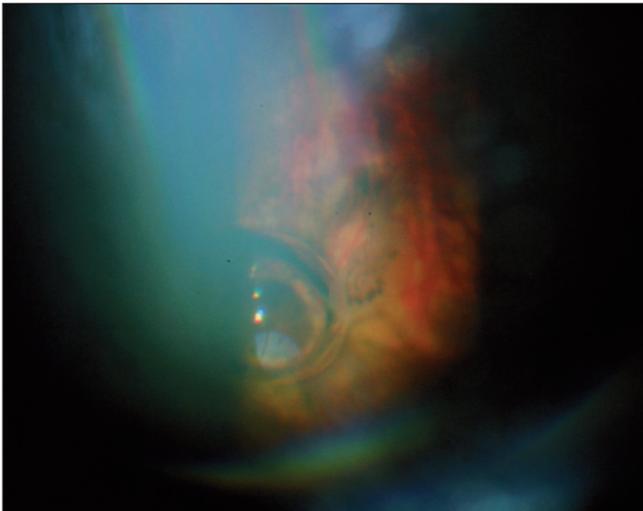


Figure 3. Aspect postopératoire d'un décollement traité par cryothérapie et gaz (SF6). On visualise le clapet entouré par une zone pigmentée secondaire à la cryothérapie. On observe une bulle de gaz résiduelle.

La vitrectomie : plus sûr, plus rapide, plus efficace

La vitrectomie a connu un essor considérable ces dernières années. Tout d'abord, l'avènement de la chirurgie sans suture, même complexe, a permis une diminution de la durée d'intervention, une récupération accélérée (pas de fils gênants, moins de douleurs postopératoires, une préservation de l'intégrité de la conjonctive) (figure 4). Les machines de vitrectomie se sont considérablement améliorées permettant une chirurgie moins iatrogène et d'apprentissage facilité pour les plus jeunes. Ainsi, la vitesse de coupe monte à ce jour jusqu'à 5 000 coupes/min

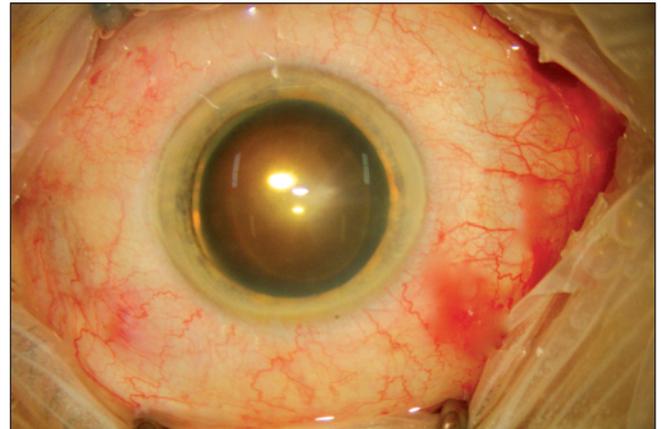


Figure 4. Aspect postopératoire immédiat d'une chirurgie de décollement de rétine par trocarts transconjonctivaux. On devine la localisation des incisions, mais l'œil reste peu traumatisé.

pour le Constellation® d'Alcon et le Stellaris® PC de Bausch et Lomb, tout en ne perdant pas en débit, donc en temps chirurgical. Même souple, la rétine reste quasiment immobile pendant la vitrectomie, diminuant ainsi grandement les déchirures iatrogènes.

Par l'utilisation de trocarts, la vitrectomie transconjonctivale (23 G ou 25 G) (figures 5 et 6) a permis de diminuer le risque d'incarcération rétinienne, le gel vitréen mais aussi la rétine n'étant plus directement au contact des orifices de sclérotomies. Récemment, un système de valve anti-reflux a permis encore une plus grande stabilité des mouvements rétinien mais aussi de la pression intraoculaire tout au long de la chirurgie. Une étape nouvelle et importante sera celle du retrait des trocarts qui se fera en hypotonie pour permettre un bon accolement des orifices de sclérotomies.

Le contrôle de la pression intraoculaire peropératoire a grandement été amélioré par le nouveau système Constellation® qui permet une pression constante même lors de l'injection de perfluorocarbène liquide (PFCL) pour réappliquer la rétine.

Les systèmes de visualisation à grand champ (par lentille type quadrasphérique) associés aux inverseurs d'images ont aussi participé à ce progrès. La vision globale de l'ensemble de la cavité vitréenne a permis de gagner en confort et en sécurité. Les déchirures à traiter sont ainsi facilement vues, même sans indentation, grâce à un système d'endo-illumination à grand champ par une lumière au xénon filtré. Les échanges fluides-air ou PFCL-air sont ainsi simples et complets.

L'utilisation de gaz s'est grandement développée et est surtout devenue plus reproductible depuis la commercialisation en cartouche jetable à usage unique avec un marquage CE (SF6, C2F6 et C3F8). La durée du tampon-

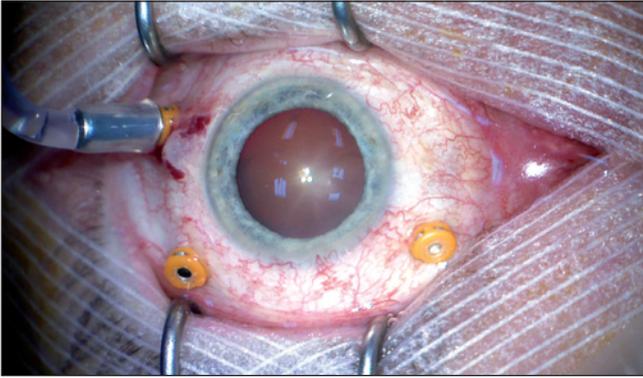


Figure 5. Aspect de vitrectomie 23 G avec trocars valvés Alcon.

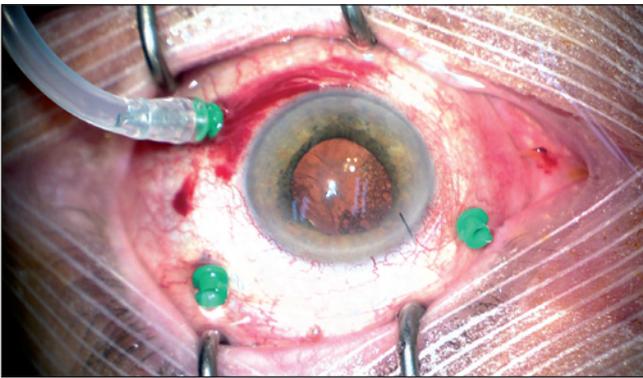


Figure 6. Aspect de vitrectomie 23 G avec trocars Stellaris® PC.

nement peut ainsi être choisie en fonction du tamponnement : SF6 pour les déchirures supérieures (15 j), C2F6 (un mois) dans les autres cas, avec la possibilité d'un tamponnement de deux à trois mois pour le C3F8.

Enfin, le développement de la chirurgie de la cataracte a contribué au succès de la vitrectomie, la cataracte secondaire étant de moins en moins vécue comme une complication mais un effet secondaire sans grande conséquence.

Le taux de succès anatomique est d'environ 85 %

Les principales causes d'échec de la chirurgie du décollement de rétine et de récidiues demeurent les proliférations vitréorétiniennes, suivies des déhiscences non vues ou d'apparition secondaire. Après plusieurs interventions, le taux de succès anatomiques est d'environ 97 %. Les moyennes d'acuité visuelle sont disparates selon le type de décollement mais globalement d'environ 5/10^e.

Les résultats fonctionnels des patients pseudophaques sont comparables aux sujets phaques, si bien que l'on ne considère plus la pseudophaque comme un facteur de

Chirurgie

mauvais pronostic à l'exception d'un implant de chambre antérieur ou de l'aphaïque.

Les facteurs de mauvais pronostic sont : la présence ou non d'une prolifération vitréorétinienne, d'une hémorragie intravitréenne associée, d'un décollement choroïdien, d'une myopie forte (surtout s'il existe une déhiscence postérieure), d'un soulèvement maculaire (récupération fonctionnelle variable) ainsi que l'ancienneté des symptômes, mais aussi l'existence de déchirures multiples ou géantes.

Vitrectomie ou indentation ?

Peu d'études comparatives existent et on peut aussi considérer qu'ils n'existent pas les mêmes patients dans les deux groupes. La *SPR study* a comparé les résultats à un an de l'indentation externe *versus* vitrectomie avec tamponnement chez des patients phaqes et pseudo-phaqes. L'indication était portée par tirage au sort dans des cas où aucune des deux techniques n'était clairement indiquée : décollement de rétine sans hémorragie intravitréenne où une simple indentation radiaire n'était pas possible. Les résultats anatomiques finaux n'étaient pas différents (avec plusieurs interventions si besoin), mais il existait un avantage à l'indentation du fait du plus faible nombre d'interventions chez les patients phaqes, et un avantage de la vitrectomie chez le patient pseudo-phaque du fait de déhiscences non indentées par voie externe. D'autres études viennent appuyer ces résultats, plébiscitant la vitrectomie chez le patient pseudophaque et égalant l'indentation au prix d'une cataracte chez le patient phaque.

Conclusion

Bien que le pronostic des patients atteints de décollement de rétine ait peu progressé, une évolution stratégique et les progrès dans la technique opératoire ont été importants. La vitrectomie est passée d'une chirurgie de seconde intention à une chirurgie de première intention dans la majorité des cas et plus précisément dans tous les cas où une indentation simple n'est pas possible. Il faut néanmoins avoir à l'esprit que les résultats anatomique et fonctionnels sont similaires chez le sujet phaque mais se fait au prix d'une cataracte iatrogène. Elle s'impose de plus en plus comme technique « mini-invasive » chez le sujet pseudophaque. Se pose actuellement le problème de la formation des plus jeunes à la technique de cryoindentation qui est de moins en moins pratiquée mais qui reste indispensable à maîtriser.

Pour en savoir plus

Heimann H, Bartz-Schmidt KU, Bornfeld N, Weiss C, Hilgers RD, Foerster MH; Scleral Buckling versus Primary Vitrectomy in Rhegmatogenous Retinal Detachment Study Group. Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment: a prospective randomized multicenter clinical study. *Ophthalmology*. 2007;114(12):2142-54.

Miller DM, Riemann CD, Foster RE, Petersen MR. Primary repair of retinal detachment with 25-gauge pars plana vitrectomy. *Retina*. 2008;28(7):931-6.

Brazitikos PD, Androudi S, Christen WG, Stangos NT. Primary pars plana vitrectomy versus scleral buckle surgery for the treatment of pseudophakic retinal detachment: a randomized clinical trial. *Retina*. 2005;25(8):957-64.