



en l'absence de PCA de décharge et un risque de déchirures secondaires inférieures. Si l'OCT localise l'hématome en sous-rétinien, la vitrectomie est indiquée avec ou sans injection d'air en sous-rétinien ou du r-TPA en sous-rétinien. Un PHRC national est actuellement en cours pour permettre d'évaluer dans ce cas la meilleure méthode de vitrectomie (PHRC STAR, Pr Creuzot-Garcher).

Les trous lamellaires

Dans la prise en charge des trous lamellaires, l'OCT en face permet de différencier, par la présence ou non d'une prolifération prérétinienne associée, ceux qui sont à opérer ou non. Cependant le consensus n'est toujours pas fait pour les trous lamellaires purs et les trous lamellaires avec prolifération prérétinienne. Le retentissement fonctionnel reste décisif (V. Mané).

L'anesthésie

Le chirurgien doit s'adapter, mais l'anesthésie doit être adaptée au patient, en particulier aux comorbidités du diabétique (O. Gualino). Le problème de la carence d'anesthésiste est aigu, surtout dans le secteur public. Penser pouvoir tout opérer en chirurgie vitréo-rétinienne sans potentialisation intraveineuse anesthésique, ne paraît pas concevable. Il vaut mieux privilégier l'anesthésie locorégionale caronculaire, très efficace en termes d'akinésie et de douleur, sans contre-indication (myopie forte, anticoagulant), mais elle reste peu pratiquée par les chirurgiens et les anesthésistes par manque de formation (figure).

Une vitrectomie sur mesure...

Finis le dogme du tout ou rien en vitrectomie postérieure (F. Devin). L'ablation

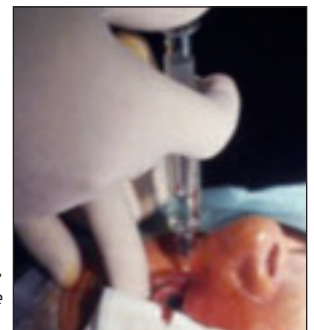


Figure.
Anesthésie caronculaire.



Rétine chirurgicale

**Véronique Pagot-Mathis¹,
Saleh Alsherhri^{1,2}, Fanny Varenne^{1,2}**

1. Unité rétine, service d'ophtalmologie, hôpital Pierre-Paul Riquet, CHU Toulouse
2. Interne des hôpitaux de Toulouse

On l'aura bien compris cette année, les nouveautés chirurgicales sont moins « révolutionnaires » que le développement du numérique. OCT peropératoire ou chirurgie de la rétine en 3D, qu'apportent réellement au quotidien ces nouvelles technologies pour le chirurgien de la rétine ?

Le CFSR 2018 : la chirurgie adaptée et sur mesure...

Véronique Pagot-Mathis

L'imagerie guide la chirurgie

Dans la prise en charge des hématomas maculaires (S. Guigou), si l'étiologie

guide l'indication de la vitrectomie, les coupes OCT préopératoires, en particulier les coupes perpendiculaires au bord de l'hématome, orientent le geste opératoire, notamment dans le cadre d'un hématome compliquant une DMLA exsudative. En sous-épithélium pigmentaire, il n'y a pas d'indication opératoire à proprement parler. Une simple injection d'anti-VEGF est indiquée, avec ou non une injection intravitréenne de gaz pour déplacer le sang. Même si ces traitements peuvent être envisagés en externe au cabinet, l'injection de gaz intravitréen reste un acte chirurgical avec un risque d'hypertonie



complète du vitré ne doit pas être systématique, d'autant que les sclérotomies sont de diamètre de plus en plus petit, en particulier dans la chirurgie maculaire et la chirurgie des décollements de la rétine sans prolifération vitéo-rétinienne. L'idée est de faire le maximum de vitrectomies avec le système grand champ sans indentation (M. Benanni).

Adapter son discours

Il convient d'adapter son discours au patient présentant un décollement de la rétine (V. Soler). On connaît les facteurs de mauvais pronostics fonctionnels et anatomiques d'un décollement de la rétine (DR) : une macula décollée depuis plus de 7 jours, la hauteur du décollement maculaire à l'OCT, la présence d'une prolifération vitéo-rétinienne préopératoire... Cependant le DR reste toujours grave, « très grave » comme dit notre ami P. Girard. La réalisation d'un OCT préopératoire doit être systématique dans le bilan préopératoire d'un DR, avec un intérêt tout particulier pour l'OCT peropératoire au bloc sur le patient allongé, car le statut maculaire peut changer (Y. Le Mer).

Les cours de la SF0 en 2018 : entre rétine chirurgicale et avenir digital

Fanny Varenne, Saleh Alshershri

Rétinoschisis du myope fort : quand opérer ?

La chirurgie doit être proposée aux patients présentant une baisse de l'acuité visuelle récente liée au fovoischisis et/ou à une complication de type décollement fovoilaire ou trou maculaire (O. Offret). Les fovoischisis asymptomatiques respectant la fovéa et/ou associés à une atrophie chorioretinienne majeure du pôle postérieur ne doivent pas être opérés.

Décollement de la rétine : indentation ou vitrectomie ?

La vitrectomie semblerait être « à la mode » (Y. Le Mer). Plus « élégante » et plus « confortable », elle est cependant pourvoyeuse de cataracte, plus chère et pas plus rapide qu'une indentation, mais bien plus efficace si la technique chirurgicale de l'indentation n'est qu'imparfaitement maîtrisée. L'indentation peut être associée à une vitrectomie.

Le bon timing de la vitrectomie après une chirurgie compliquée de la cataracte

- Immédiatement et systématiquement en cas de rupture capsulaire postérieure (vitrectomie antérieure) [S. Baillif].

- Dans les premiers jours dans le cas d'un DR, d'une luxation postérieure du cristallin ou d'une endophtalmie. Face à une mauvaise évolution clinique à 24 heures de la première IVT d'antibiotique, la vitrectomie est préconisée en urgence dans les 48 heures.

- Dans les 15 jours en cas de luxation postérieure d'un implant [1,2].

Membrane épimaculaire et pelage de la limitante interne

Faut-il systématiquement associer au pelage de la membrane épimaculaire celui de la limitante interne (LI) ? La balance bénéfice/risque penche plutôt en faveur du pelage systématique de la LI (C. Zech).

Un PHRC national en cours de recrutement (étude Peeling, CHU de Dijon) avec une randomisation après pelage de la MER entre pelage actif de la LI et absence de pelage, permettra dans un avenir proche, d'obtenir certainement une réponse claire quant au bénéfice du pelage de la LI dans les membranes idiopathiques

Trou maculaire : le flap de la limitante interne

Un flop ? Non, mais une technique chirurgicale qui a encore besoin de faire ses preuves. Elle semblerait plus intéressante en cas de trous maculaires de grande taille, notamment chez les patients myopes forts pour lesquels le taux d'échec est encore important (J.-P. Berrod).

OCT peropératoire : quelle est sa place ?

Les avis sont partagés (F. Devin) ! Pas de panique pour ceux qui ne l'ont pas. L'OCT peropératoire apporte des informations certes rares, mais irremplaçables, qui sont susceptibles de modifier le déroulé de l'intervention chirurgicale (injection ou non de gaz en cas de doute sur une déhiscence fovoilaire iatrogène devant un fovoischisis chez le myope fort par exemple). Il a été montré que dans 20% des cas, l'OCT peropératoire redressait le diagnostic des chirurgiens qui mettraient plus de temps à tenter de peler des « résidus » de membrane épimaculaire

qui n'existent en réalité plus ! Les moins convaincus opposent le fait que cela reste un examen coûteux et qu'aucune étude n'a montré que son utilisation changeait le résultat visuel des patients. Mais au final, tous s'accordent pour dire que c'est l'avenir !

Quelle attitude pour les tractions vitréomaculaires : surveillance, vitréolyse, chirurgie ?

Tout dépend... (R. Tadayoni). Quid si la traction vitréomaculaire (TVM) est petite, symptomatique et sans membrane épimaculaire ? Plusieurs alternatives sont alors possibles : vitrectomie dans les 3 mois ; vitréolyse par l'injection intravitréenne d'ocriplasmine (Jetrea®) permettant de faire « lâcher » la TVM dans 20 à 25% des cas (mais très peu commercialisé en France du fait de son non-remboursement) ; ou réalisation du décollement postérieur du vitré pneumatique par l'injection intravitréenne de 0,2 à 0,3 ml de gaz pur (SF6 ou C3F8).

Chirurgie de la rétine en 3D : quel est son avenir ?

Le futur n'est plus si loin avec l'avènement des premiers microscopes digitaux qui remplaceront un jour les microscopes optiques (L. Kodjikian). Les avantages d'une telle révolution numérique ne sont pas négligeables : meilleure profondeur de champ, plus fort grossissement, meilleure visualisation de la périphérie rétinienne, diminution de la phototoxicité rétinienne, meilleure ergonomie opératoire pour le chirurgien... Des détails restent encore perfectibles comme le temps de latence entre le geste chirurgical et l'image, surtout en chirurgie externe du DR, mais cette nouvelle technologie est un premier pas vers la réalité augmentée et la robotisation.

Références bibliographiques

- [1] Clarke B, Williamson TH, Gini G, Gupta B. Management of bacterial postoperative endophthalmitis and the role of vitrectomy. *Surv Ophthalmol*. 2018 Feb 15. pii: S0039-6257(17)30184-4. doi: 10.1016/j.survophthal.2018.02.003.
- [2] Results of the Endophthalmitis Vitrectomy Study. A randomized trial of immediate vitrectomy and of intravenous antibiotics for the treatment of postoperative bacterial endophthalmitis. Endophthalmitis Vitrectomy Study Group. *Arch Ophthalmol*. 1995;113(12):1479-96.