



## Protocole d'examen pour un décollement de rétine

Valérie Glimois, Thomas Sales de Gauzy, Saleh Alshehri

**A**u CHU de Toulouse, un patient se présentant aux urgences ophtalmologiques pour un décollement de la rétine (DR) bénéficie d'une prise en charge protocolisée.

Le premier intervenant est l'interne de garde qui regroupe les éléments indispensables :

- l'âge, les antécédents généraux (notamment la prise d'anticoagulants qu'il est parfois nécessaire d'arrêter) et ophtalmologiques (myopie, chirurgie de cataracte, antécédents de laser, chirurgie de DR) ;

- la date de début et le type de symptômes (phosphènes, myodésopsies, amputation du champ visuel et baisse de l'acuité visuelle) ;

- l'examen ophtalmologique complet comprenant l'acuité visuelle, le tonus oculaire, l'examen du fond d'œil dilaté au verre de contact à trois miroirs (V3M) ou à la quadrasphérique pour les patients pseudophaques. Un V3M de l'œil controlatéral pour rechercher d'éventuelles déhiscences à traiter est réalisé. L'examen précise la qualité de la dilatation pupillaire, le statut du cristallin (phaque avec cristallin clair, phaque avec cataracte ou pseudophaque), l'état maculaire (macula *off*, *on* ou bissectrisée), l'état du vitré (clair ou pigmenté), le stade de prolifération vitréo-rétinienne, la présence d'une prolifération sous-rétinienne (cordages, ligne de réapplication, kystes intrarétiniens) qui oriente vers une chirurgie par voie externe chez un sujet phaque, la présence d'une hémorragie intravitréenne, l'étendue et la localisation du DR et des déhiscences ;

- un schéma détaillé avec l'étendue du DR, le type et la localisation des déhiscences, ainsi que le stade de la prolifération vitréo-rétinienne est réalisé par l'interne et scanné dans le dossier informatique (figure 1).

OBSERVATION RELEVÉE PAR : <i>JACQUE</i>			
DECOLLEMENT DE RETINE			
N° de dossier (1) 2 3 4 5 6	Hospitalisé le	<input checked="" type="checkbox"/> Œil droit	<input type="checkbox"/> Œil gauche
Nom	Ophthalmologiste : Dr	<input type="checkbox"/> Myopie < -6	<input type="checkbox"/> Myopie forte (> -6)
Prénom	Médecin traitant : Dr	Correction portée	
Age		Biométrie	
Antécédents ophtalmo	Etiologie du DR	Antécédents généraux	Traitements
	<input checked="" type="checkbox"/> Idiopathique	<input type="checkbox"/> Asthme	/
	<input type="checkbox"/> Chirurgie cataracte (date : )	<input type="checkbox"/> Pathologie prostatique	
	<input type="checkbox"/> Traumatisme perforant (date : )	<input type="checkbox"/> Pathologie cardio-vasculaire	
	<input type="checkbox"/> Contusion (date : )	<input type="checkbox"/> Allergie	
	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> Autres :	
Ancienneté du DR :	Premiers symptômes	Œil adelphe	
Examen préopératoire	<input checked="" type="checkbox"/> BAV	<input type="checkbox"/> Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/> Œil gauche
AVL AVP	<input checked="" type="checkbox"/> Myodésopsies	Correction portée	
TO 1/3	<input type="checkbox"/> Amputation du CV	Biométrie	
SA <i>Cataracte</i>	<input type="checkbox"/> Phosphènes	<input type="checkbox"/> Myopie	<input type="checkbox"/> Myopie forte
Fond d'œil		AVL AVP	<input checked="" type="checkbox"/> Emmétropie
Vitré : <input checked="" type="checkbox"/> DPV <input type="checkbox"/> HV		TO 1/5	
Macula : <input type="checkbox"/> à plat <input checked="" type="checkbox"/> bissectrisée <input type="checkbox"/> détachée		SA 1	
Déhiscences :		FO (V3M) 1	
<input type="checkbox"/> trou <input checked="" type="checkbox"/> déchirure à clapet X 2			
<input type="checkbox"/> dialyse <input type="checkbox"/> déchirure géante			
<input type="checkbox"/> trou maculaire			
lésions rhéomatogènes			
Stade de PVR : A <input checked="" type="checkbox"/> B1 C1 C2 C3 D1 D2 D3 D4			
PVR ant : <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, étendue :			
FSR : <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pigments <input type="checkbox"/> cordages			

Figure 1. Schéma du décollement de rétine.

Des examens complémentaires sont systématiquement réalisés :

- une tomographie par cohérence optique (OCT) maculaire pour objectiver le statut maculaire *on/off* (figure 2) ;

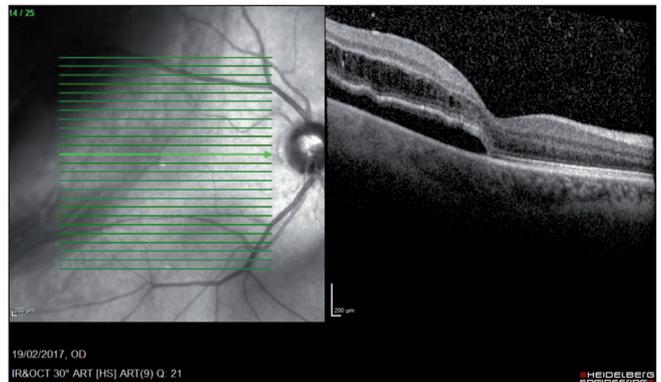


Figure 2. OCT maculaire : macula bissectrisée.

# Décollement de rétine

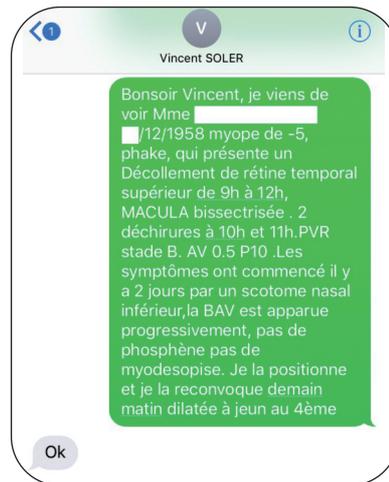
- la longueur axiale (LA) afin de juger du volume de gaz à injecter si besoin, et de préciser la technique chirurgicale (une LA supérieure à 26 mm chez un phaque présentant une déchirure équatoriale orientée vers une chirurgie par voie de vitrectomie). La LA est également nécessaire pour juger de la faisabilité d'une anesthésie locorégionale.

Le patient est informé des complications et des risques liés à la chirurgie, des contre-indications éventuelles liées à la présence de gaz intraoculaire, des consignes de positionnement pré- et postopératoire et de la récupération visuelle attendue. Nous lui expliquons également le fonctionnement de la chirurgie en ambulatoire, réalisée de principe chez tous les patients (y compris les monophthalmes), sauf raisons sociales.

En fonction du moment de la découverte du DR, la vérification de l'examen du fond d'œil préopératoire par le chirurgien sera pratiquée en suivant ou le patient sera reconvoqué dans les plus brefs délais afin

de programmer la consultation d'anesthésie et la chirurgie en ambulatoire. *Si le patient est vu dans la journée en semaine*, le chirurgien le réexamine directement après l'interne, la programmation chirurgicale est réalisée par

l'infirmière de programmation et la consultation d'anesthésie a lieu en suivant. *Si la découverte a lieu en semaine la nuit ou pendant le week-end*, le patient passe par un circuit « urgence ambulatoire ». L'interne envoie un SMS au chirurgien d'astreinte (*figure 3*) avec tous les éléments décrits ci-dessus, positionne le patient et le reconvoque avec les yeux dilatés le lendemain matin, ou le lundi matin s'il a été vu pendant le week-end, et la consultation d'anesthésie est alors réalisée directement dans le service de chirurgie ambulatoire ou d'hospitalisation.



**Figure 3.** SMS envoyé au chirurgien d'astreinte lors du diagnostic d'un DR en soirée.