

La prolifération vitréo-rétinienne

La prolifération vitréo-rétinienne (PVR) complique 5 à 10% de la chirurgie des décollements de la rétine (DR), quelles que soient les techniques chirurgicales utilisées et ce pourcentage ne semble pas avoir été modifié par les nouvelles techniques chirurgicales de vitrectomie micro-invasive de première intention dans la prise en charge du DR rhéghmatogène (DRR).

Il s'agit d'un phénomène d'hypercatrisation entraînant la formation de membranes essentiellement pré-rétiniennes contractiles, responsables dans environ 75% des cas d'une récurrence du DR. Une solution de continuité rétinienne est nécessaire (déchirures rétinienne, rétinectomies) pour que ce phénomène dynamique se développe, environ deux semaines après le début de la chirurgie et pour une durée moyenne de deux mois avec parfois de multiples récurrences.

Il est important de la reconnaître, de la membrane pré-rétinienne maculaire à des stades de DR total en entonnoir classique, en passant par les stades plus discrets de PVR stade B enroulant le bord postérieur d'une déchirure rétinienne. En effet, les indications chirurgicales de prise en charge du DRR en dépendent ainsi que les résultats anatomiques. Laurent Kodjikian et Anh-Minh Nguyen développeront la physiopathologie de la PVR ainsi que sa classification.

Stéphanie Baillif et Pierre Gastaud prendront en charge une entité particulière représentée par les membranes pré-rétiniennes secondaires au DRR que beaucoup considèrent comme une PVR débutante.

Le traitement de la PVR est à ce jour exclusivement chirurgical par voie de vitrectomie postérieure, avec un résultat fonctionnel parfois décevant malgré une réapplication rétinienne obtenue après dissection la plus complète possible des membranes pré-rétiniennes, au prix parfois de rétinectomies, et un tamponnement interne prolongé. L'expérience de Yannick Le Mer dans la chirurgie du DRR était tout indiquée pour développer ce chapitre.

Vincent Soler rappellera l'instrumentation classique nécessaire à la vitrectomie dans la PVR avec quelques



Éditorial

Véronique Pagot-Mathis

*Service d'ophtalmologie
de l'Hôpital Paule-de-Viguier, CHU de Toulouse*

outils supplémentaires comme les colorants tissulaires par exemple.

L'idéal serait de pouvoir prévenir la formation de la PVR. Cela n'est pas possible en 2013, malgré de nombreux essais in vitro et parfois in vivo de drogues comme la daunomycine, le 5-FU, les corticoïdes, la colchicine par voie orale... Des marqueurs biologiques de la PVR sont aujourd'hui connus et vont permettre une approche plus objective de l'efficacité de ces différents adjuvants. Jean-Paul Berrod développera cette partie passionnante en restant clinicien et praticien. En effet, avant le dosage biologique des facteurs de la PVR en pratique courante, des facteurs cliniques et subjectifs, mais bien connus des chirurgiens, permettent de présager du risque de PVR postopératoire et souvent de modifier sa technique opératoire de façon moins agressive. Par exemple, pas de cryo-indentation, mais une vitrectomie postérieure avec un tamponnement interne prolongé, surtout si l'œil adelphe a développé une PVR postopératoire. Un DRR de plusieurs semaines étendu, avec hématomas choroïdiens et hypotonie associés à un vitré pigmenté et/ou hématique sur de larges déchirures, présente un haut risque subjectif de complication par PVR postopératoire. Une cryo-indentation ne fera qu'aggraver ce risque.

Il est donc essentiel de reconnaître la PVR pré- et postopératoire pour adapter la technique chirurgicale qui peut être également modulée par la reconnaissance des facteurs de risque subjectifs de PVR. Le traitement de la PVR reste aujourd'hui chirurgical et curatif, chaque chirurgien ayant cependant souvent son « cocktail » médicamenteux personnel.

Ce dossier PVR s'étalera sur plusieurs mois avec une parution tous les mois des différents chapitres évoqués.