



Rétine chirurgicale

Véronique Pagot-Mathis¹,
Saleh Alshehri^{1,2}

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

Le CFSR 2017 : « Les mêmes questions, des réponses un peu différentes ou parfois pas de réponses... »

Le chirurgien de la rétine se pose toujours les mêmes questions en 2017. Comment optimiser la prise en charge ambulatoire ? Comment remettre en place un implant luxé ? Comment traiter un trou maculaire resté ouvert ? Mais aussi faut-il utiliser encore un perfluorocarbonate liquide dans le traitement du décollement de la rétine, jusqu'à même ne pas l'utiliser dans une déchirure géante ?

Certaines questions n'ont malheureusement pas toujours trouvé de réponses au cours de ce CFSR 2017, dirons-nous

« marathon » sans controverses, et cela aura pu dérouter nos jeunes collègues.

Question 1. La prise en charge ambulatoire en chirurgie vitréo-rétinienne (C. Morel)

Déjà abordée l'année dernière avec quelques réticences pour le patient monoptalme ou myope fort, elle s'impose aujourd'hui quelles que soient les structures, privées ou publiques.

Lorsque la structure se trouve limitée capacitativement, une solution émanant du segment antérieur peut s'adapter à certaines prises en charge chirurgicales rétinienne en mode « *fast tracking* ». Le patient arrive à pied au bloc opératoire et re-goûte en postopératoire, pour 1 heure

cependant, à la salle commune de nos ancêtres les hospices.

Quid de l'effet de la prémédication, même légère, d'un hématorne maculaire de 90 ans ?

Quid des positions postopératoires immédiates ?

Quid des vomissements et douleurs postopératoires ?

Cette prise en charge n'économise pas de personnel mais nécessite une programmation intelligente et permettra de désengorger les structures ambulatoires saturées, en particulier lorsqu'elles sont mutualisées avec d'autres spécialités. Cela ne touche pas encore, en France, un grand nombre de structures.

Question 2. Comment prendre en charge une luxation ou sub-luxation postérieure d'implant ? (A. Robinet)

Extraire l'implant et replacer un implant à fixation irienne, technique la plus simple en prenant garde aux reliquats cristalliniens postérieurs.

Repositionner l'implant avec sutures iriennes.

Il est toujours possible de mettre en place un implant de chambre antérieur pour les patients au-delà de 80 ans, encore faut-il en avoir en stock.

Il n'y a pas de différence en terme d'acuité visuelle entre les 2 techniques. « Faisons ce que nous savons le mieux faire. » (A. Robinet, CFSR 2017)

Question 3. Conduite à tenir devant un trou lamellaire ? (V. Mane)

Le problème est la nomenclature : différencier un pseudo-trou maculaire avec dissection lamellaire associée à une membrane contractile d'un trou lamellaire pur.

Faut-il opérer les trous lamellaires purs sans membrane maculaire associée ? Oui, peut-être lorsque les signes fonctionnels maculaires s'aggravent... Il est presque sûr aujourd'hui que le trou lamellaire est évolutif, la vitrectomie peut donc ralentir cette évolution. Prudence cependant pour les trous lamellaires des myopes forts.



Question 4. Conduite à tenir devant les corps flottants invalidants ? (J. Conrath)

Laser, vitrectomie postérieure, filtres orange ou marron et « je vous revois dans 1 an » ?

Le laser peut exposer à des complications : hypertonie oculaire, cataracte traumatique et lésions rétinienne, s'il est mal focalisé. Un traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien est nécessaire après un traitement des corps flottants au laser, à réserver probablement aux corps flottants reliés à des lambeaux vitréens.

La vitrectomie 27 gauge est attrayante, mais peut exposer à une endophtalmie, à un décollement de la rétine (0 à 11%) et à une cataracte, même si le pourcentage semble moins élevé avec le 27 gauge, sans qu'aucune étude multicentrique randomisée n'ait été réalisée. La réalisation d'un décollement postérieur du vitré (DPV) n'est pas obligatoire et un contrôle de la périphérie rétinienne est indispensable chez le myope fort.

Il est sûr que le traitement des corps flottants doit être réfléchi avec un patient bien informé (cf. *Fiche d'information* mise au point par J. Conrath).

Question 5. Un «vieux» nouveau traitement de la traction vitréo-maculaire ? (Y. Le Mer) (figures 1 et 2)

Il est primordial de bien différencier l'adhérence vitréo-rétinienne, pour laquelle il n'y a pas de traitement particulier, de la traction vitréo-maculaire, à traiter devant des signes fonctionnels maculaires.

L'injection intravitréenne d'une bulle de gaz pur, proposée déjà en 1995, pourrait remplacer l'injection intravitréenne d'ocriplasmine et à un coût incomparable. Le C3F8 serait préféré car la quantité à injecter est moins importante, étant donné les propriétés de ce perfluorocarbonate gazeux d'expansion. Cette technique d'injection intravitréenne de gaz est d'ailleurs un modèle de vitrectomie avec DPV chez le lapin développée par Macheimer en 1985 [1].

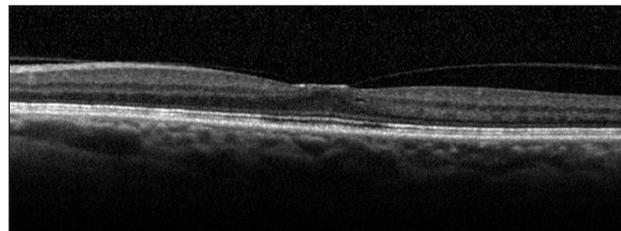


Figure 1. Coupe OCT d'un syndrome de traction vitréo-maculaire.

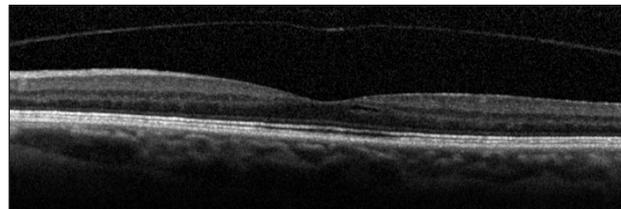


Figure 2. Coupe OCT 2 mois après l'injection intravitréenne d'une bulle de C3F8 ayant permis le DPV.

Quid du positionnement postopératoire ? Préconisée parfois, d'autre fois non.

Quid des déchirures inférieures ? La rétinopexie pneumatique de Hilton et Grizzard nous a montré ce type de complications et a été en partie abandonnée pour les décollements de rétine inférieures [2].

Question 6. La vitrectomie postérieure dans l'endophtalmie ?

Elle est réservée en urgence aux endophtalmies avec acuité visuelle effondrée, après les 2 injections d'antibiotiques intravitréens, depuis l'étude de 1995 de l'EVS [3]. L'accent a été mis sur la dangerosité de la réalisation du DPV dans ce type de vitrectomie (C. Meillon).

Véronique Pagot-Mathis

Les perspectives grâce aux progrès technologiques

Le pelage de la membrane limitante interne (MLI) inversé dans les trous maculaires de grande taille ou post-traumatiques permettrait la fermeture dans ces cas difficiles. Bien sûr, les études multicentriques à grande échelle sont nécessaires pour montrer les indications efficaces d'une telle technique par rapport au pelage MLI classique. Cela donne de « belles images », mais les résultats visuels sont souvent décevants (B. Costegui, CFSR 2017).

Étant donné le progrès technologique continu, nous voyons aujourd'hui l'émergence des nouveaux microscopes numé-

riques et de la chirurgie assistée par la réalité augmentée (Ngenuity, Alcon).

Cette plate-forme est constituée d'un écran UHD3D monté devant le chirurgien, d'une caméra HD installée sur le microscope, le chirurgien portant des lunettes 3D.

Les avantages de ces modes de visualisation sont que le chirurgien, l'assistant et l'équipe paramédicale assistent en temps réel à la chirurgie permettant la formation des assistants juniors. Couplées avec un très bon éclairage et la possibilité d'ajouter des filtres, de telles plates-formes promettent un nouvel avenir à la chirurgie vitréo-rétinienne. Cependant, l'une des limites de ces plates-formes est la nécessité d'une courbe de formation et d'apprentissage qui ne semble pas tout à fait évidente, l'autre est bien sûr comme toujours son coût d'acquisition.

Saleh Alshehri

Références bibliographiques

- [1] Thresher RJ, Ehrenberg M, Macheimer R. Gas-mediated vitreous compression: an experimental alternative to mechanized vitrectomy. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 1984;22(15):192-8.
- [2] Hilton GF, Grizzard WS. Pneumatic retinopexy: a two-step out-patient operation without conjunctival incision. *Ophthalmology.* 1986;93(5):626-41.
- [3] Endophthalmitis vitrectomy study group. Results of the endophthalmitis vitrectomy study. A randomized trial of immediate vitrectomy and of intravenous antibiotics for the treatment of post-operative bacterial endophthalmitis. *Arch Ophthalmol.* 1995;113(12):1479-96.