



Rétine chirurgicale : le qualitatif à l'honneur

Véronique Pagot-Mathis

Hôpital Pierre-Paul Riquet-CHU Purpan, Toulouse

Quand opérer, plutôt que comment ? C'est la question qui ressort de cette session 2015, mais presque rien concernant la prise en charge ambulatoire de la pathologie vitéo-rétinienne qui nous est plus ou moins imposée par nos instances et qui peut modifier notre prise en charge chirurgicale.

Concernant le décollement postérieur du vitré aigu avec hémorragie intravitréenne, la recommandation actuelle est d'opérer le plus rapidement possible, dès le diagnostic posé vu les délais de rendez-vous (donnez une semaine environ au patient, le temps de faire la consultation de pré-anesthésie). En effet, l'échographie B est prise en défaut dans 50 % des cas, le risque de déchirure associée est supérieur à 67 % et le risque de décollement de la rétine de 39 % avec une incidence de prolifération vitreo-rétinienne associée au décollement de la rétine important (figure 1). Il n'est pas inutile de revoir dans ces conditions le patient pris en charge en ambulatoire à la lampe à fente le jour J, d'où l'importance d'équiper les unités ambulatoires d'une lampe à fente, ce qui n'est pas une évidence

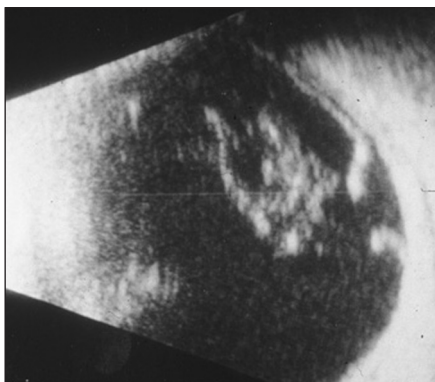


Figure 1. L'échographie en mode B est mise en défaut dans 50 % des cas dans le diagnostic des déchirures rétinienne avec hémorragie du vitré.

pour nos instances, surtout dans les unités ambulatoires mutualisées.

Concernant les pathologies maculaires, le seuil symbolique du Parinaud 4-5 n'est pas le seul critère d'indication préopératoire. Des éléments subjectifs qualitatifs sont aussi importants tels que la qualité de la vision du relief, le confort de lecture, les déformations. Alain Gaudric a montré en 1992 que l'acuité visuelle postopératoire des membranes maculaires est corrélée avec l'acuité visuelle préopératoire, d'où l'intérêt d'une chirurgie rapide, sans attendre l'altération de la ligne ellipsoïde sur l'OCT ou l'apparition de métamorphopsies sévères. L'évolutivité de la symptomatologie est également un critère à prendre en compte, la valeur seuil de 5/10 de l'acuité visuelle paraissant aujourd'hui un peu désuète sauf pour les compagnies d'assurance...

La conduite thérapeutique est similaire pour les syndromes de traction vitreo-maculaire.

Concernant les trous maculaires de pleine épaisseur, l'indication opératoire est acquise, l'acuité visuelle du patient n'étant en revanche qu'un élément parmi d'autres. Un délai de quelques mois est à respecter pour les ex-stades 2, qui peuvent spontanément s'obturer avec le décollement postérieur du vitré (figure 2). Les méta-analyses ont montré que la vitrectomie n'était pratiquée en fait que dans les premiers six mois suivant l'apparition des symptômes.

Concernant la pathologie maculaire du myope fort, l'auto-analyse précise de ses symptômes par le patient lui-même est aussi importante que les critères objectifs. Une image OCT impressionnante, comme on peut le voir dans les fovéoschisis, peut être compatible avec une acuité visuelle jugée correcte par le patient myope fort (figure 3).

Concernant les hématomas maculaires, la prise en charge chirurgicale optimale par vitrectomie postérieure et TPA sous-rétinien doit se faire dans les sept jours pour les hématomas de large surface, sous-rétiniens et d'épaisseur de plus de 200 microns, avec un suivi post-vitrectomie à ne pas abandonner car les anti-VEGF sont toujours nécessaires en postopératoire dans la grande majorité des cas.

Concernant les décollements de la rétine (DR), la chirurgie doit avoir lieu la

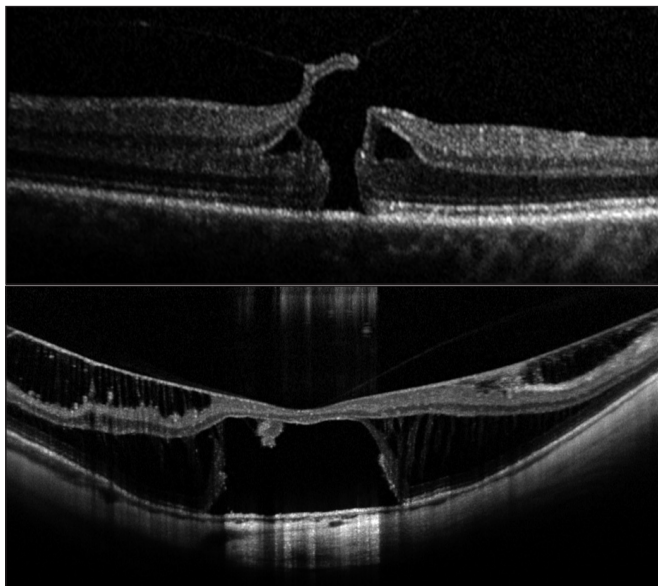


Figure 2. Trou maculaire de stade 2 : attendre le décollement postérieur du vitré ?

Figure 3. Fovéoschisis maculaire du myope fort chez une monophthalme de 46 ans avec acuité visuelle à 4/10, Parinaud 2.



première semaine du soulèvement maculaire pour les maculas *off*. Pour les DR avec macula *on*, la progression du soulèvement est lente, de 1,8 diamètre papillaire par jour, sauf dans le cas des déchirures géantes, des DR supérieurs, des DR proches de la macula et des DR sur œil vitrectomisé.

Concernant l'indication de la vitrectomie dans les corps flottants, elle doit être posée après mûre réflexion du patient de trois mois, avec un consentement lu et signé de sa part. Il s'agit bien d'une prise de risque que ces patients au profil psychologique particulier sont prêts à prendre. Cependant avec l'avènement du 27 gauge, qui diminue les forces de succion, les indications vont probablement augmenter. Le décollement postérieur du vitré doit être pratiqué pendant la chirurgie avec recherche de déchirures peropératoires. En effet, concernant les techniques de vitrectomie, le *gold standard* est le mini-gauge 23, 25 et maintenant 27. Toutes les chirurgies sont accessibles en 23 et 25 gauge, comme dans le 20 gauge. Le vrai avantage de ce type de vitrectomie, dont le coût est considérable, est le confort du patient, surtout la première semaine. Elles s'adaptent donc tout à fait à la prise en charge ambulatoire. L'économie de santé repose surtout sur la disparition de l'entité de l'unité d'hospitalisation traditionnelle.

Quelques mots sur la *prothèse Argus II* pour terminer dans l'esprit fonctionnel plus que technique qui a dominé la session 2015 chirurgicale, selon mon avis personnel. Sa mise en place est une réalité déjà depuis 2008-2009 en Europe et un forfait innovation permet son remboursement en France depuis mars 2014. Les problèmes d'étanchéité du câble sont résolus par l'abandon du Gore-Tex que l'on utilisait parfois dans les années 1980 dans la chirurgie du DR par voie externe, mais qui était rejeté en sous-conjonctivale : du fascia lata ou un volet scléral sont préférés. L'OCT peropératoire permet de vérifier la position de la prothèse par rapport à la rétine, ce qui conditionne les seuils de stimulation, qui

eux-mêmes conditionnent la rééducation. En effet, la prothèse va redonner de nouvelles perceptions visuelles au patient qu'il devra contrôler. La rééducation visiomotrice du patient et le réglage du

mode de stimulation sont un travail capital dès le premier mois postopératoire et conditionnent la réussite fonctionnelle de cette prouesse technique et technologique.