



Délai de prise en charge des décollements de rétine

Caroline Tolou, Vincent Soler

La prise en charge (PEC) du décollement de rétine rhéomatogène (DR) est très souvent une urgence chirurgicale relative. En condition de vie réelle, la chirurgie en urgence le jour du diagnostic peut être difficile à organiser de façon systématique dans de bonnes conditions, du fait de la nécessité d'insérer un bloc « non programmé » au sein d'un programme de « chirurgies réglées ».

Le caractère d'urgence relative, associé aux difficultés d'organisation, justifie que de nombreuses études se soient intéressées au délai de PEC des DR [1-5]. Ces études ont le mérite de permettre de répondre à deux questions simples :

- peut-on se permettre d'opérer dans des conditions potentiellement périlleuses quand il s'agit de travailler avec des équipes paramédicales non formées, voire d'opérer à des horaires de clairvoyance intellectuelle réduite, peu propice à une chirurgie vitéo-rétinienne ?
- ou bien peut-on se permettre d'attendre les jours suivants, afin d'organiser la chirurgie dans les conditions optimales : personnel formé, salle dédiée, matériel adapté, heures ouvrées ?

La réflexion sur le délai acceptable de PEC des DR implique de se pencher sur plusieurs notions intégrant le risque de menace maculaire et le pronostic visuel : la cinétique et la localisation du DR ; le statut maculaire : ON (macula non décollée), OFF (macula décollée), bisectrisé (macula partiellement décollée).

Cinétique du décollement de rétine

La cinétique d'évolution d'un DR est étroitement liée à ses caractéristiques anatomiques et physiopathologiques.

DR aigu

Il survient du fait du décollement postérieur du vitré et de la présence d'une adhérence vitéo-rétinienne anormale, à l'origine d'une traction vitéo-rétinienne et d'une déhiscence rhéomatogène. On parle de DR vitrogène.

CHU, Toulouse

C'est le cas le plus fréquent. Il est le plus souvent supérieur ou temporo-supérieur [6].

L'étude de la littérature montre que le risque d'évolution d'un DR périphérique vers un DR macula-off entre le début de la PEC et la chirurgie est compris entre 0,5 et 3,7% [2,4,7]. Deux séries ont rapporté que le caractère bulleux des DR semblait être plus propice à une évolution vers un soulèvement maculaire, même en cas de positionnement adéquat des patients (positionnement au lit selon la localisation de la déchirure) [2,4].

Hajari *et al.* ont étudié la corrélation entre le risque de décollement maculaire et le temps d'attente avant la chirurgie. Sur les 50 yeux avec DR du pôle postérieur, observés pendant un temps moyen de 19 heures et pour lesquels une analyse quantitative par OCT avait été réalisée, 14% (n=7) présentaient un DR stable, 18% (n=9) une progression du DR (de valeur moyenne : $641 \pm 526 \mu$) et 68% (n=34) une régression du DR (de valeur moyenne : $991 \pm 947 \mu$). La progression du DR était limitée (1%) en cas de PEC dans les 16 heures ; au-delà, un tiers des patients présentaient une progression du DR.

Dans une autre étude à partir de 82 patients, Ho *et al.* retrouvaient une progression du fluide chez 13% des patients (n=11) avec une vitesse de progression qui était en moyenne de 1,8 diamètre papillaire par jour (figure 1) [3]. Ainsi, le taux de progression du décollement est globalement de 13 à 18% entre le diagnostic et la chirurgie [2,3].

DR d'évolution chronique ou lente

Il s'agit d'une forme rare de DR dont la prévalence est comprise entre 5 et 29%. Dans ce cas, il n'existe souvent pas de décollement postérieur du vitré : on parle de DR rétinogène. Les caractéristiques cliniques sont les suivantes : lignes de démarcation pigmentée au fond d'œil,

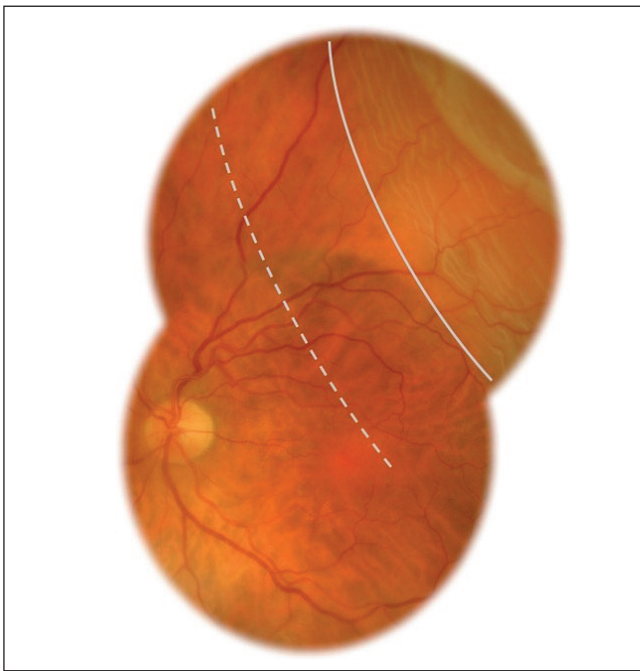


Figure 1. Retinographie de décollement de rétine avec schématisation de son évolution en un jour selon Ho et al. [3]. Trait plein : limite actuelle du décollement de rétine. Trait discontinu : limite à attendre du décollement de rétine dans 24 heures chez les patients présentant une progression (13%).

lignes de progression sous-rétinienne, kystes intrarétiniens, amincissement rétinien, surface lisse de la rétine décollée, rétine décollée transparente ou claire, localisation inférieure, néovaisseaux périphériques, cristaux maculaires [8,9].

Il pourrait être représenté typiquement par un DR inférieur sur trou atrophique chez un sujet jeune myope, par un DR sur dialyse post-traumatique, ou bien par un DR par trou dans le feuillet interne d'un rétinoshisis périphérique.

Dans ces cas, l'évolution est lente et la PEC n'implique en général pas de chirurgie en urgence. Dans l'absolu, elle pourrait même n'être réalisée que quelques semaines plus tard (figure 2). La voie externe doit être privilégiée [9]. Le pronostic est souvent bon, en l'absence de séquelle maculaire.

Quelques cas particuliers de DR

Les DR après une chirurgie vitréo-rétinienne endoculaire sont le plus souvent précoces après la première chirurgie et présentent une évolution rapide du fait de l'absence de vitré, ainsi qu'une propension à la prolifération vitréo-rétinienne : ces caractéristiques justifient une PEC rapide [9].

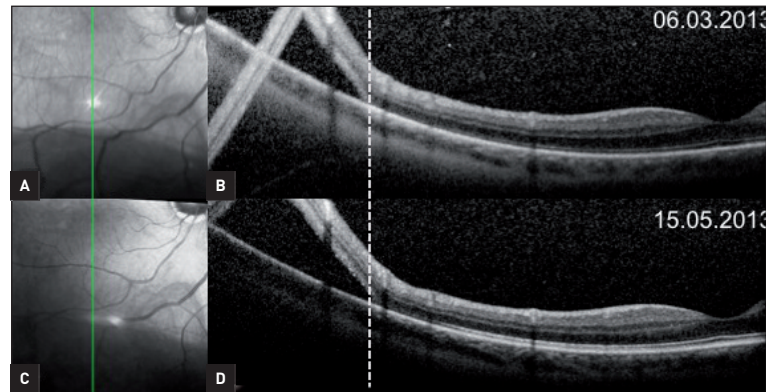


Figure 2. Retinographies infrarouges (A,C) et coupes verticales en OCT maculaire (B,D) de l'œil droit d'une patiente de 42 ans présentant un décollement de rétine inférieur. Images pré-opératoires lors de la première consultation (A,B) et 2 mois après (C,D) suite à un refus initial de prise en charge. Le trait discontinu schématise la limite du décollement de rétine : en 2 mois d'intervalle, le décollement a peu évolué.

Dans les DR avec prolifération vitréo-rétinienne étendue et/ou multirécidivants, les DR sur staphylome myopique, ou encore les DR avec soulèvement maculaire de plus d'un mois, le caractère d'urgence n'existe plus. Ces chirurgies peuvent souvent être différées.

Décollements de rétine avec macula-on ou bissectrisée

L'intérêt potentiel à opérer rapidement un DR est de préserver la macula du décollement et de la dégénérescence des photorécepteurs [5].

Quel délai ?

Concernant les décollements de rétine épargnant la macula, dits macula-on, la plupart des études montrent qu'un délai maximal de 3 à 5 jours n'altère pas le pronostic visuel, avec un faible risque d'extension du DR vers la macula [1,4]. Comme décrit précédemment, l'extension maculaire semble moins fréquente et moins rapide que ce que l'on pensait, d'autant plus si le positionnement préopératoire est bien réalisé par le patient [2,3].

En cas de localisation nasale du DR macula-on

La localisation nasale d'un DR aigu est associée à un risque maculaire moindre du fait d'une progression obéissant à la gravité : le DR progresse initialement vers le bas, contourne la papille puis élève son niveau progressivement vers la macula. Conformément aux lois de

Lincoff, la déchirure est située dans la partie supéro-nasale du DR. Ce type de DR peut être pris en charge en urgence différée.

Décollements de rétine avec macula-off

Concernant les DR avec macula-off, le délai de PEC se base sur le début de la baisse d'acuité visuelle (BAV), qui correspond à l'atteinte de la fovéa par le DR. On parle alors de durée de décollement maculaire (DDM). Cette notion est importante dans la rapidité de PEC mais elle n'est pas toujours individualisable par le patient seul : la BAV est également ressentie en cas d'hémorragie intravitréenne, ou exprimée comme telle en cas d'amputation du champ visuel.

De nombreuses études rétrospectives portant sur une centaine de patients chacune amènent aux mêmes conclusions : aucune différence dans l'acuité finale postopératoire n'est retrouvée si la PEC chirurgicale se déroule dans la première semaine de DDM, et le pronostic reste bon. En revanche, au-delà de 10 jours, le délai de PEC semblerait n'avoir que peu d'impact sur l'acuité finale, avec, dans ce cas, un pronostic plus sombre [6].

DR et chirurgie d'urgence

Une étude rétrospective réalisée en Allemagne sur près de 1 800 patients a montré que la chirurgie réalisée en procédure d'urgence le jour même, voire dans la nuit, n'apportait finalement pas de bénéfice sur les plans fonctionnel et anatomique par rapport à une chirurgie programmée le jour suivant, que les DR soient macula-on ou off [10]. Dans cette étude, le lieu de la chirurgie (bloc d'urgences ou bloc dédié à l'ophtalmologie) n'était cependant pas précisé.

Il semblerait finalement que différer l'intervention de quelques heures ou de quelques jours permettrait au patient de bénéficier d'une PEC par un chirurgien vitréo-rétinien, ce qui augmenterait les taux de succès de l'intervention [7,10].

En condition de vie réelle, la PEC du patient dans les délais optimaux se heurte au nombre restreint de chirurgiens de rétine, et à la disponibilité des blocs opératoires pour ces urgences dites relatives (insertion d'urgences relatives au sein des tableaux de chirurgies programmées, disponibilité des boîtes chirurgicales, équipe soignante compétente...).

Sans oublier le délai avant diagnostic : les délais de consultation

Les délais de consultation impactent le délai de PEC de toute pathologie urgente. Dans une étude réalisée sur la PEC de 159 patients atteints de DR en ex-Midi-Pyrénées [6], la majorité des patients avait obtenu un rendez-vous auprès de leur ophtalmologiste (48% ; n = 76 ; délai moyen de rendez-vous = 3 jours) ou d'un autre ophtalmologiste (18% ; n = 28 ; délai = 7 jours) ; une faible proportion de patients s'étaient rendus dans un service d'urgence ophtalmologique (17%) ou chez leur médecin généraliste (13% ; délai = 1 jour). Dans cette étude, « seulement » 89% des patients qui avaient essayé de joindre leur ophtalmologiste y étaient parvenus et, parmi eux, « seulement » 86 % avaient obtenu un rendez-vous.

Cette étude ne mettait pas en évidence de relation entre l'allongement des délais de PEC et la distance séparant le patient du centre chirurgical.

Si l'appréhension des patients à demander un rendez-vous chez des praticiens « surbookés » peut sembler évidente, cette étude mettait en évidence la nécessité d'une meilleure accessibilité aux consultations spécialisées en urgence, via la formation des personnels de secrétariat aux signes d'alerte devant amener à consulter en urgence. La difficulté à joindre des secrétariats aux lignes télé-

phoniques occupées en permanence est très certainement un facteur limitant crucial des demandes de rendez-vous rapide.

Conclusion

L'évolution des DR reste un fait, mais la rapidité de cette évolution est relative et ralentie notamment par un bon positionnement du patient en préopératoire. Il paraît donc raisonnable de tolérer un délai « modeste » de quelques heures ou de quelques jours avant la chirurgie.

Le cas particulier des DR macula-off est à souligner par l'urgence de réaliser l'intervention dans les 7 premiers jours du décollement maculaire, afin de limiter l'impact sur le retentissement visuel.

L'influence du statut maculaire sur la récupération visuelle justifie que celui-ci soit objectivé en préopératoire par un OCT maculaire, et que les délais de PEC tiennent compte de ce statut maculaire.

Si la formation des personnels de secrétariats peut faciliter l'accès à une consultation spécialisée en urgence, l'information du patient et des médecins généralistes, relai indispensable du parcours de soins, permettrait d'accélérer la PEC.

Références bibliographiques

- [1] Gorovoy IR, Porco TC, Bhisitkul RB *et al.* Same-day versus next-day repair of fovea-threatening primary rhegmatogenous retinal detachments. *Semin Ophthalmol.* 2016;31(3):219-25.
- [2] Hajari JN, Kyhnel A, Bech-Azeddine J *et al.* Progression of foveola-on rhegmatogenous retinal detachment. *Br J Ophthalmol.* 2014;98(11):1534-8.
- [3] Ho SF, Fitt A, Frimpong-Ansah K, Benson MT. The management of primary rhegmatogenous retinal detachment not involving the fovea. *Eye (Lond).* 2006;20(9):1049-53.
- [4] Ehrlich R, Niederer RL, Ahmad N, Polkinghorne P. Timing of acute macula-on rhegmatogenous retinal detachment repair. *Retina.* 2013;33(1):105-10.
- [5] Mahmoudi S, Almony A. Macula-sparing rhegmatogenous retinal detachment: Is emergent surgery necessary? *J Ophthalmic Vis Res.* 2016;11(1):100-7.
- [6] Tolou C, Mahieu-Durringer L, Cassagne M *et al.* [Treatment delay in patients with first episode of retinal detachment in the studied eye in Midi-Pyrénées]. *J Fr Ophthalmol.* 2016;39(1):90-7.
- [7] Hajari JN. Optimizing the treatment of rhegmatogenous retinal detachment. *Acta Ophthalmol.* 2016;94(6):628.
- [8] Karacorlu M, Sayman Muslubas I, Hocaoglu M *et al.* Choroidal thickness in chronic rhegmatogenous retinal detachment before and after surgery, and comparison with acute cases. *Int Ophthalmol.* 2017. doi:10.1007/s10792-017-0591-6.
- [9] Caputo G, Metge-Galatoire F, Arndt C, Conrath J. Décollements de rétine. Rapport SFO 2011. Paris : Elsevier Masson. 2011.
- [10] Koch KR, Hermann MM, Kirchof B, Fauser S. Success rates of retinal detachment surgery: routine versus emergency setting. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2012;250(12):1731-6.