

LE DOSSIER

Le vitré

Editorial

L'examen biomicroscopique du vitré a toujours été considéré par les ophtalmologistes comme difficile et incertain en raison des lacunes intravitréennes et des corps flottants, qui rendent parfois hasardeuse la détection de la hyaloïde postérieure. L'échographie n'est en général pas pratiquée en dehors des indications opératoires. A l'inverse, l'OCT, et particulièrement l'OCT spectral (SD OCT), permet de voir facilement la jonction vitréomaculaire, habituellement inaccessible à l'examen biomicroscopique.

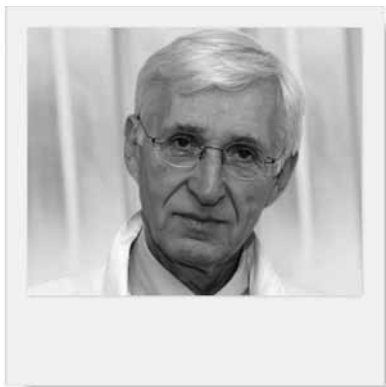
Cependant, la signification pathologique de l'adhérence vitréorétinienne partielle reste discutée. Le décollement périfovéolaire du cortex vitréen postérieur (la "hyaloïde" postérieure) est le mode habituel du début du décollement postérieur du vitré (DPV) lié au vieillissement et est présent chez au moins 60 % des sujets normaux après 50 ans comme le montre l'article de **T. Desmettre** et **J. Lecerf**. C'est essentiellement une découverte fortuite lors de la pratique d'un OCT. Certains proposent d'appeler cette situation "Adhérence vitréo-maculaire" (*Vitreo-macular adhesion*, VMA), alors que le statut normal du vitré est précisément d'être adhérent à la fovéa. C'est bien plutôt la persistance du décollement incomplet qui, lorsqu'il entraîne une déformation du tissu fovéolaire, réalise une "traction vitréo-maculaire" (*Vitreo-macular traction*, VMT) qui comporte un risque, quoiqu'encore faible, de membrane épimaculaire, de trou maculaire ou d'œdème maculaire cystoïde tractionnel.

L'OCT SD montre des détails à un niveau si minime qu'il reste important de déterminer le seuil à partir duquel une traction doit être considérée comme pathologique. De plus, lorsqu'il existe une traction vitréo-maculaire associée à une pathologie sous-jacente (DMLA, rétinopathie diabétique), la part doit être faite entre ce qui revient à une cause et à l'autre dans la baisse de vision : l'article de **Y. Le Mer** discute cet aspect très objectivement.

Dans certains cas, et particulièrement chez le myope fort, ce n'est pas la traction antéro-postérieure qui joue un rôle essentiel dans la pathologie, mais la rétraction tangentielle du cortex vitréen, non séparé de la limitante interne. La rétine ne peut alors plus se conformer à la forme du staphylome et explique la formation du foveoschisis du myope fort, dont les aspects sont décrits dans l'article de **V. Gualino**.

La vitrectomie joue alors pleinement son rôle pour supprimer une traction tangentielle, une traction antéro-postérieure ou des opacités vitréennes, mais Y. Le Mer souligne que cet acte chirurgical a aussi des inconvénients. En effet, le vitré joue, comme le rapporte opportunément **B. Wolff**, un rôle utile comme réservoir de médicaments pour traiter la rétine, que les médicaments soient injectés sous forme soluble ou liés à un dispositif retard. A l'inverse, dans les yeux vitrectomisés, la clairance du médicament sera accélérée, donnant l'avantage aux dispositifs retard.

Notre connaissance de la jonction vitréovitréenne a beaucoup progressé avec l'imagerie OCT. La manipulation chirurgicale du vitré est de plus en plus précise et faiblement traumatisante. Les injections dans le vitré sont devenues pour longtemps une voie d'abord essentielle à la délivrance de médicaments à la rétine. Ce dossier de *Réalités Ophtalmologiques* devrait permettre au lecteur une rapide mise à jour des concepts dans ces différents domaines.



→ **A. GAUDRIC**
Hôpital Lariboisière,
Université Paris Diderot. Sorbonne
Paris-cité.