

Quelles indications pour la chirurgie du décollement de rétine par voie exoculaire ?

RÉSUMÉ : Les principes fondamentaux du traitement du décollement de rétine (DR) demeurent inchangés : il s'agit d'obturer la ou les déchirures et de maintenir cette obturation définitive par la cicatrisation de ses bords et la suppression de ses tractions. Pour y parvenir, on peut utiliser la voie exoculaire (cryoapplication et indentation) ou la voie endoculaire (vitrectomie).

Les indications de la chirurgie par voie exoculaire dépendent de plusieurs paramètres qui vont orienter la décision thérapeutique : l'examen clinique préopératoire qui permet de préciser le type et les caractéristiques du DR, l'évaluation peropératoire, sans oublier les habitudes opératoires du chirurgien.



→ F. BECQUET
Clinique Sourdille, NANTES.

Le traitement du décollement de rétine (DR) par voie exoculaire associant la rétinopexie à l'indentation épisclérale est la technique de référence dans la prise en charge chirurgicale du DR rhéomatogène sans prolifération vitréorétinienne (PVR) marquée. Les indications dépendent de plusieurs paramètres qui vont orienter la décision thérapeutique vers la voie exoculaire et/ou endoculaire.

Principes du traitement par voie externe du DR rhéomatogène

Le cahier des charges thérapeutique comprend la réalisation d'un traumatisme chirurgical minimum pour éviter les complications et avoir la meilleure récupération fonctionnelle possible, mais néanmoins suffisant pour éviter la récurrence du DR et le développement subséquent d'une PVR. Cette chirurgie par voie externe repose sur deux principes de base [1] :

– la réalisation d'une indentation afin d'obturer la déchirure pour

interrompre le passage de liquide dans l'espace sous-rétinien et, dans les DR vitréogènes, de relâcher la base du vitré et de détendre les tractions vitréennes à l'origine de la ou des déchirures ;
– la rétinopexie par cryoapplication réalisant une cicatrice adhésive définitive autour de la déchirure entre la rétine et l'épithélium pigmentaire.

Ces deux actions thérapeutiques de base peuvent être complétées par un drainage du liquide sous-rétinien (LSR) et par un tamponnement interne. L'évacuation transclérale du LSR est très utile dans la chirurgie du DR par voie externe, particulièrement dans les DR bulleux (surtout supérieurs) pour effectuer une bonne rétinopexie autour des déchirures et mieux les visualiser, ou lorsqu'on cherche à faire de la place pour l'indentation. Quant au tamponnement interne par gaz, il favorise la réapplication rétinienne en obturant les déchirures et en supprimant les plis radiaires au niveau du bord postérieur des déchirures rétinienne indentées longitudinalement ("fish mouth"). Il ne peut s'effectuer qu'en cas de DR avec

décollement postérieur du vitré (DPV) ou DR vitréogène et non dans les cas de DR rétinogène (sans participation vitréenne). Il est aussi très utile pour prévenir la formation d'un pli rétinien maculaire ou pour déplacer un éventuel saignement rétromaculaire; c'est la raison pour laquelle il est intéressant de réaliser systématiquement une position bulle d'une demi-heure en post-opératoire immédiat avant d'effectuer le positionnement de la tête pour les déchiscences périphériques.

Les indications de la chirurgie du DR par voie externe

L'évaluation clinique préopératoire est très importante car elle va permettre d'orienter l'indication opératoire. L'examen biomicroscopique au verre à trois miroirs (pour un examen optimal

des déchiscences et de la jonction vitréo-rétinienne) et avec une lentille grand champ et/ou en ophtalmoscopie binoculaire indirecte (pour une meilleure visualisation de la rétine dans son ensemble, du vitré ou de la rétine périphérique en cas de trouble des milieux) permettra une description sémiologique précise du DR. En cas de trouble très important des milieux, il sera complété par une échographie en mode B, surtout dans ce cas pour confirmer le diagnostic et éviter les mauvaises surprises de découverte peropératoire (mélanome, hématorne choroïdien...) (**tableau I**).

1. En fonction de l'état vitréen

Le statut vitréen est un élément important pour prendre la décision d'une chirurgie du DR par voie externe.

Lorsqu'il n'y a aucune participation (ou minime) du vitré dans la genèse du DR,

c'est-à-dire pour simplifier lorsqu'il n'y a pas de DPV (PVR de stade 0), il n'y a aucune raison d'effectuer une vitrectomie et, dans ce cas, une chirurgie par voie externe est indiquée: cryothérapie, indentation sclérale et éventuelle ponction du liquide sous-rétinien. C'est le cas des DR rétinogènes qui ont la particularité d'être à progression lente:

- DR par trous atrophiques souvent au sein d'îlots palissadiques;
- DR par dialyse rétinienne traumatique (**fig. 1**) ou idiopathique;
- DR par micro déchirures (souvent sur le bord postérieur d'une palissade) donnant lieu à des DR pseudo-schisques ou en deux temps (avec ligne de démarcation).

Lorsque le vitré est à l'origine du DR (DR vitréogène), la stratégie opératoire sera fonction des caractéristiques de la ou des déchiscences (voir ci-dessous). La présence d'un pli rétinien circonferen-

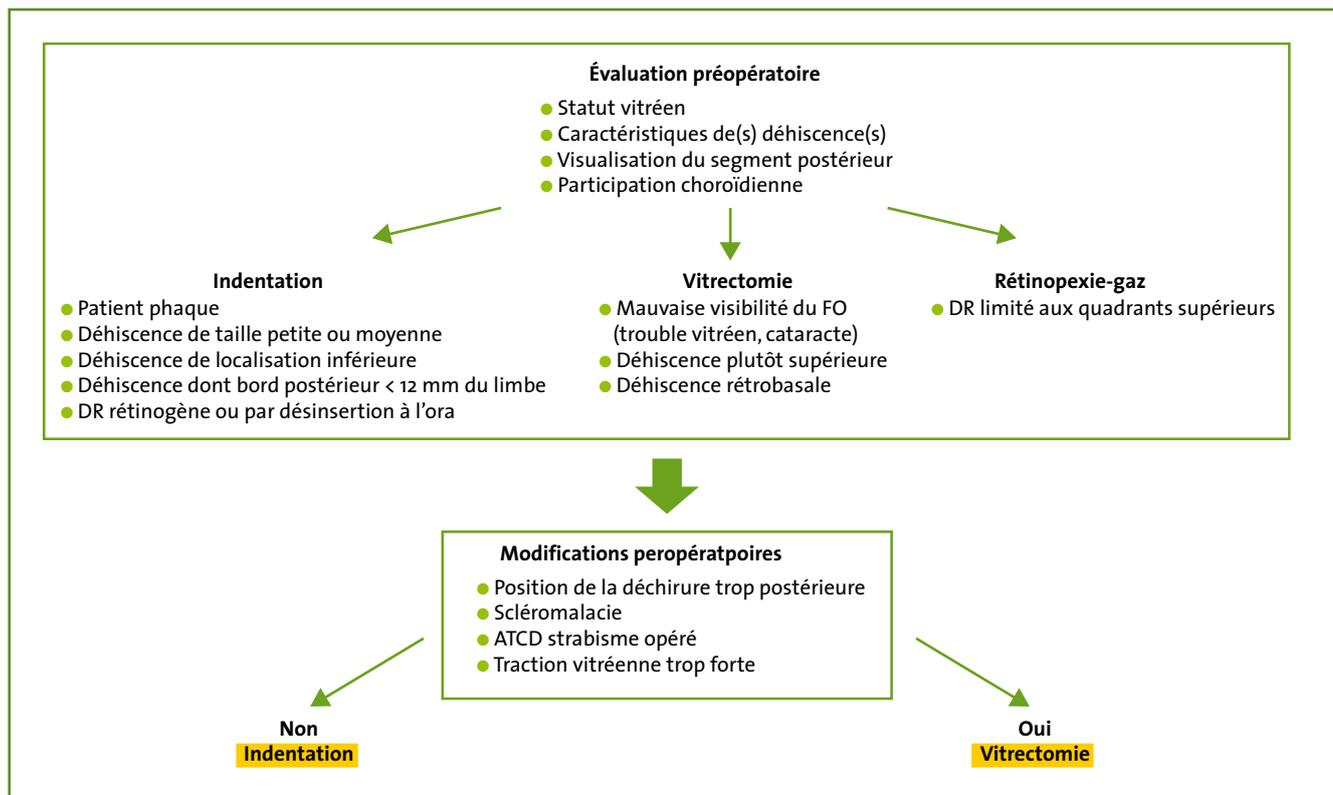


TABLEAU I: Arbre décisionnel devant un DR non compliqué.

REVUES GÉNÉRALES

Chirurgie



Fig. 1 : Dessin d'un décollement de rétine nasal supérieur à progression lente par dialyse à l'ora serrata. Cliché dû à l'amabilité du Dr Ducournau.



Fig. 2 : Décollement de rétine avec déhiscence provoquée par une traction vitrénienne. Il est à noter l'arrachement complet du tissu rétinien réalisant un opercule flottant dans le vitré en regard de la déhiscence.

ciel associé, correspondant à un début de contraction de la base du vitré, implique le recours à l'indentation épisclérale. Néanmoins, si la contraction de la base du vitré est plus marquée, accompagnant une PVR de stade B et plus, le recours à la chirurgie endoculaire sera quasiment systématique. Une indentation circulaire pourra d'ailleurs s'y associer afin de relâcher plus efficacement la base du vitré. Lorsque le vitré est trouble comme dans une hémorragie intravitréenne, une chirurgie endoculaire sera la règle car l'échographie préopératoire ne permet pas une évaluation suffisamment fine du DR et, en particulier, la certitude d'identifier toutes les déhiscences.

2. En fonction des caractéristiques de la ou des déhiscences

En cas de DR vitréogène (déhiscence provoquée par une traction vitrénienne au cours du DPV) (**fig. 2**), la chirurgie exoculaire va permettre de traiter le DR, excepté dans les cas où l'indentation sera jugée insuffisamment efficace pour relâcher cette traction, ou lorsque l'indentation sera trop difficile, voire dangereuse à réaliser :

- le DR par déchirure géante nécessite un traitement endoculaire avec tamponnement interne par huile de silicone. L'indentation est contre-indiquée dans ce cas ;

- le DR par trou ou déchirure du pôle postérieur survient presque exclusivement sur des yeux atteints de myopie forte où les adhérences hyaloïdo-rétiennes sont très fortes. La chirurgie endoculaire est alors la seule indiquée ;
- en cas de grande déchirure rétrobasale, éventuellement jouxtant d'autres déchirures étagées basales ou rétrobasales (nécessitant théoriquement une indentation rétrobasale très étendue et très large), le traitement relèvera d'une vitrectomie postérieure.

En pratique, l'indentation sera indiquée en première intention d'autant plus que le patient est phaïque, que la ou les déhiscences sont de localisation inférieure ou de taille petite ou moyenne, pouvant ainsi être correctement obturées.

Les trous rétiniens périphériques ou les désinsertions à l'ora serrata sont habituellement responsables de DR à progression lente de très bon pronostic anatomique. Un DR dû à ce type de déhiscence bénéficiera toujours d'une chirurgie par voie externe seule, suffisante dans la très grande majorité des cas, même en présence de cordages sous-rétiens. Une dialyse pourra nécessiter la mise en place antérieure d'une indentation longitudinale en créant un pli scléral antérieur pour être sûr d'indenter correctement l'ora serrata.

3. En fonction de la visualisation de la périphérie rétinienne

L'examen du fond d'œil est bien sûr capital pour orienter l'indication. En cas de mauvaise visualisation de la rétine, l'analyse précise du DR sera impossible ou rendra difficile le contrôle de la rétinoxéie, ce qui conduira dans la majorité des cas à réaliser une chirurgie endoculaire. Le trouble des milieux peut être dû à une hémorragie intravitréenne, à la présence d'un vitré inflammatoire, ou à des opacités capsulaires en cas de DR du pseudophaque ou cristalliniennes en cas de cataracte.

4. En fonction de la participation choroïdienne

La présence d'une hypotonie associée à un décollement choroïdien en préopératoire rendra difficile la réalisation d'une chirurgie externe, en particulier lors du drainage du LSR, et peut entraîner un hématome choroïdien. Une chirurgie endoculaire d'emblée sera habituellement indiquée, elle permettra, en outre, de drainer le décollement choroïdien plus facilement.

5. En fonction des éléments retrouvés en peropératoires

Le choix chirurgical décidé après un examen préopératoire peut néanmoins être modifié au cours de l'opération en fonction d'éléments impossibles à diagnostiquer avant la chirurgie ou du fait d'une mauvaise analyse préopératoire du DR. Dans ces cas, il s'agit souvent de convertir en voie endoculaire :

>>> La présence d'une scléromalacie importante en regard de la déchirure implique un risque de perforation sclérale, lors de la cryoapplication ou lors de la mise en place de l'indentation. Une prise en charge endoculaire du DR est alors recommandée lorsque les déchirures sont rétrobasales (dues à une traction dynamique). La vitrectomie pourra enlever toutes les tractions autour des

POINTS FORTS

- ➔ Il n'y a pas de traitement standard du décollement de rétine non compliqué en première intention.
- ➔ La stratégie chirurgicale (exoculaire ou endoculaire) est à adapter en fonction de l'examen clinique préopératoire et de l'évaluation peropératoire.
- ➔ La chirurgie exoculaire est plutôt indiquée en première intention en cas de décollement de rétine vitréogène non compliqué de PVR, chez le patient phaqué, avec une ou des déhiscences de taille modérée, groupées dans le même quadrant et de situation pas trop postérieure.
- ➔ La chirurgie exoculaire est la règle dans les DR rétinogènes à progression lente.

déchirures qui seront ensuite traitées par rétinopexie-gaz. Si les déchirures sont situées sur la base du vitré (traction statique impossible à enlever par vitrectomie, particulièrement chez le phaqué), on pourra réaliser une indentation de la base du vitré (pour la relâcher) sur un quadrant indemne de scléromalacie (si possible le quadrant opposé aux déchirures) et traiter les déchirures par cryopexie-gaz.

>>> Un antécédent de chirurgie de strabisme (négligé à l'interrogatoire) peut rendre très difficile, voire impossible la mise en place ou le passage d'une indentation sous un muscle. Plutôt que de tenter une dissection musculo-sclérale souvent hasardeuse, le passage à la vitrectomie sera alors préféré. De la même façon, un antécédent de chirurgie du glaucome avec bulle(s) de filtration sous-conjonctivale(s) est une contre-indication relative à la chirurgie exoculaire.

>>> Une mauvaise évaluation préopératoire de la localisation de la déchirure, en particulier de son bord postérieur, peut nécessiter un passage à la vitrectomie si l'indentation risque d'être trop postérieure ou mal positionnée.

>>> L'impossibilité de retrouver une déhiscence lors de l'examen peropératoire malgré la dépression sclérale se

rencontre surtout chez le pseudophaqué. Elle peut nécessiter le passage à la vitrectomie en cours d'intervention.

D'une façon plus générale, lorsqu'on est amené à réaliser une indentation trop large, trop longue, trop postérieure ou trop complexe, on préférera la vitrectomie, éventuellement associée à une indentation plus modérée.

Conclusion

Au cours des dernières années, parallèlement à l'amélioration technique des appareils de vitrectomie, la chirurgie du DR par voie externe a perdu du terrain par rapport à la chirurgie endoculaire. De même, les techniques de rétinopexie

pneumatique, très en vogue aux États-Unis, ont pu se positionner comme une alternative à l'indentation ou à la vitrectomie dans le traitement du DR non compliqué [2]. La tendance actuelle est de réserver la chirurgie exoculaire au DR non compliqué, spécialement chez les sujets jeunes et phaques, car elle n'altère pas la fonction accommodative ou la transparence du cristallin [3, 4]. La chirurgie exoculaire du DR reste une chirurgie sûre, rapide, à faible coût et peu douloureuse avec les procédures anesthésiques actuelles. L'indication d'une chirurgie du DR par voie exoculaire dépend d'une analyse sémiologique précise du DR en cause et de l'expérience de chaque chirurgien.

Bibliographie

1. WILKINSON CP, RICE TA. Michels retinal detachment. St Louis. Mosby – Year Book, second edition, 1997.
2. SODHI A, LEUNG LS, DO DV *et al.* Recent trends in the management of rhegmatogenous retinal detachment. *Surv Ophthalmol*, 2008;53:50-67.
3. HEIMANN H, BARTZ-SCHMIDT KU, BORNFIELD N *et al.* Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment: a prospective randomized multicenter clinical study. *Ophthalmology*, 2007;114:2142-2154.
4. SAW SM, GAZZARD G, WAGLE AM *et al.* An evidence-based analysis of surgical interventions for uncomplicated rhegmatogenous retinal detachment. *Acta Ophthalmol Scand*, 2006;84:606-612.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Prix Glaucome de la SFO 2013

Les laboratoires Allergan ont le plaisir de vous annoncer que le Prix Glaucome de la SFO 2013 a été attribué au Dr Jean-Rémi Fénolland (Val-de-Grâce – Paris, service du Pr Jean-Paul Renard), pour un travail original intitulé : *Développement et évaluation d'un nouveau modèle animal de glaucome induit par trabéculopathie toxique.*

Le Prix Glaucome de la SFO, soutenu par les laboratoires Allergan, récompense à hauteur de 5000 € un travail de recherche original pharmacologique, clinique, para-clinique ou thérapeutique réalisé par un ophtalmologiste dans le domaine du glaucome.

J.N.

D'après un communiqué de presse des laboratoires Allergan.