

DÉCOLLEMENT DE RÉTINE

P MASSIN, A GAUDRIC

Le décollement de la rétine est une séparation entre la rétine sensorielle et l'épithélium pigmentaire. Le décollement de rétine est le plus souvent secondaire à une déchirure de la rétine (déchirure ou trou rétinien) : c'est le décollement de rétine rhégmatoïde. Plus rarement, il est tractionnel, dû à une traction exercée sur la rétine par le vitré ou un tissu prolifératif fibreux, ou exsudatif, secondaire à des pathologies vasculaires rétinienne ou choroïdiennes variées.

© Elsevier, Paris.

PHYSIOPATHOGÉNIE

Le décollement de rétine rhégmatoïde est dû à une ou plusieurs déchirures rétinienne qui surviennent lors du décollement postérieur du vitré. Celui-ci est dû à des modifications du gel vitréen liées à l'âge : perte d'acide hyaluronique qui entraîne une liquéfaction et un collapsus du gel vitréen. Le corps vitré se détache de la partie postérieure de la rétine, mais reste fortement attaché circulairement à sa partie équatoriale. Il en résulte des tractions qui peuvent entraîner des déchirures au niveau de la base d'insertion du vitré, c'est-à-dire en périphérie de la rétine. Le liquide présent dans la cavité vitréenne passe alors à travers la déchirure et crée la séparation entre la rétine sensorielle et l'épithélium pigmentaire.

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'incidence du décollement de rétine est estimée à 1 pour 10 000, c'est-à-dire à environ 6 000 nouveaux cas par an. Dans plus de la moitié des cas, le décollement de rétine rhégmatoïde survient spontanément, sans antécédent de chirurgie ou de traumatisme.

Facteurs de risque de survenue d'un décollement de rétine

- ✓ Âge > 50 ans.
- ✓ Myopie forte.
- ✓ Antécédent chirurgical oculaire (intervention de cataracte, vitrectomie).
- ✓ Contusion oculaire.
- ✓ Existence de lésions de fragilité rétinienne périphérique (dégénérescence palissadique).
- ✓ Décollement de rétine dans l'œil controlatéral.

Cependant, il existe certains facteurs de risque de survenue du décollement de rétine.

Un décollement peut survenir dans le deuxième œil dans 10 % des cas. Son délai d'atteinte est, dans la majorité des cas, inférieur à 3 ans.

CLINIQUE

● Signes fonctionnels

Le décollement de rétine peut être précédé par des signes d'alarme qui témoignent de la constitution d'une déchirure rétinienne lors du décollement postérieur du vitré.

■ Les phosphènes périphériques (flashes lumineux répétés en périphérie du champ visuel) traduisent les tractions du vitré sur la rétine périphérique.

■ Les myodésopsies, ou « corps flottants », sont la perception de filaments translucides. Elles traduisent le collapsus du vitré avec condensation des fibrilles de collagène. Si des corps flottants sombres apparaissent subitement, il s'agit en général d'une petite hémorragie intravitréenne liée à la rupture d'un vaisseau rétinien lors de la constitution de la déchirure de rétine.

■ L'apparition d'une amputation progressive d'une partie du champ visuel (scotome périphérique) traduit le décollement de la rétine. La baisse visuelle peut être plus tardive, traduisant dans la plupart des cas le décollement de la macula.

La rapidité d'extension d'un décollement de rétine à partir de la formation d'une déchirure est très variable. Dans certains cas, plusieurs semaines après des symptômes évocateurs de déchirure, l'examen du fond d'œil ne trouve qu'une déchirure à bords à peine

Signes fonctionnels révélateurs d'un décollement de rétine

- ✓ Phosphènes.
- ✓ Myodésopsies.
- ✓ Amputation du champ visuel périphérique.
- ✓ Baisse visuelle.



1 Fond d'œil : décollement de rétine temporal.

soulevés, le reste de la rétine étant à plat. Dans d'autres cas, le patient, qui a très bien perçu le début de ses symptômes, présente déjà, quelques heures plus tard, un décollement de rétine très étendu, constaté lors du premier examen. Tous les intermédiaires entre ces deux cas existent.

● Examen clinique

L'examen clinique comprend une mesure de l'acuité visuelle, une mesure de la pression oculaire recherchant une hypotonie souvent associée et un examen du fond d'œil après dilatation pupillaire maximale.

L'examen du fond d'œil se fait à l'ophtalmoscope indirect, puis à la lampe à fente en utilisant une lentille avec ou sans contact cornéen permettant d'apprécier l'étendue et les limites du décollement de rétine, l'existence d'un décollement maculaire et les rapports vitréorétiniens ; l'examen minutieux de la périphérie rétinienne, le plus souvent au verre à trois miroirs, permet de localiser la ou les déchirure(s) rétinienne(s) causale(s) (fig 1).

● Examens complémentaires

L'échographie en mode B permet le diagnostic de décollement de rétine lorsqu'une cataracte obturante ou des opacités du vitré (hémorragies, inflammation) gênent l'examen de la rétine.

Les radiographies de l'orbite ou le scanner orbitaire peuvent être utiles pour détecter la présence d'un corps étranger intraoculaire métallique en cas de traumatisme oculaire.

TRAITEMENT

Le traitement curatif du décollement de rétine est chirurgical.

En cas de décollement de rétine rhématogène, la présence ou l'absence d'un soulèvement maculaire est le principal critère d'urgence du traitement.

■ Si la macula n'est pas décollée mais que le risque de décollement maculaire est imminent, le traitement chirurgical est urgent et doit être entrepris dans les 24 heures suivant le diagnostic, car le résultat fonctionnel sera meilleur si la macula n'a pas été décollée.

■ Si le décollement de rétine est périphérique et qu'il ne présente pas de risque de progression rapide, son traitement est réalisé dans un délai de quelques jours à 1 semaine.

■ Si la macula s'est soulevée quelques jours avant l'examen, le traitement du décollement de rétine est habituellement réalisé dans un délai de 1 à 2 jours, car les résultats fonctionnels sont meilleurs si la macula a été décollée il y a moins d'1 semaine.

■ Si le décollement est chronique avec une macula déjà soulevée depuis plusieurs semaines, le traitement du décollement de rétine doit être réalisé de préférence dans un délai de 1 à 2 semaines.

L'intervention est réalisée sous anesthésie locale ou générale.

Le but du traitement est d'occlure la ou les déchisence(s) (trou et/ou déchirure) responsable(s) du décollement, c'est-à-dire de remettre le bord décollé de la déchisence au contact de l'épithélium pigmentaire et de la choroïde.

MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES

● Indentation

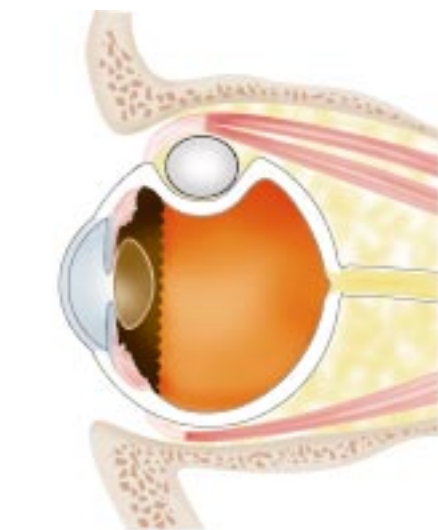
La fermeture de la déchisence est le plus souvent atteinte par l'indentation. Réaliser une indentation consiste à déformer localement la paroi du globe en suturant sur la sclère un explant cylindrique de telle sorte qu'il inverse la courbure du globe et fasse faire une saillie à la paroi vers l'intérieur de la cavité en regard de la déchisence (fig 2, 3). Le matériau habituellement utilisé est un silicone souple ou spongieux. Dans certains cas, cette indentation peut être maintenue en place par un cerclage qui entoure complètement la circonférence sclérale.

● Injection intraoculaire d'air ou de gaz

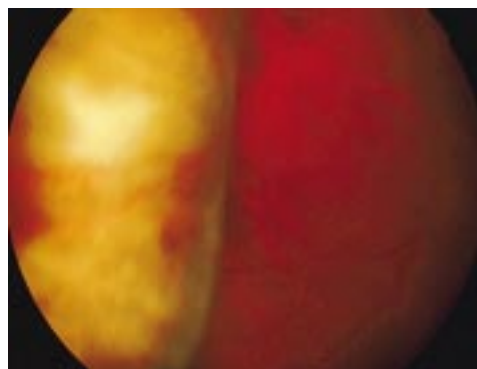
Dans certains cas, lorsque la rétine a tendance à se réappliquer en formant des plis, on pourra injecter de l'air stérile ou un gaz expansif dans la cavité vitréenne à l'aide d'une aiguille très fine (30 G). Cette injection de gaz peut, dans certains cas, être utilisée en remplacement de l'indentation lorsque le gaz peut exercer valablement son appui sur la déchirure (déchirure supérieure) pendant plusieurs jours.

● Rétinopexie

Pour maintenir la déchirure fermée à long terme, il est habituel de créer à son niveau une cicatrice adhésive



2 Schéma d'un globe oculaire : indentation sclérale.



3 Fond d'œil : réapplication de la rétine après chirurgie : l'indentation est bien visible.

entre la rétine et la choroïde. Cela est habituellement obtenu par une cryopexie transclérale, gelure localisée qui entraîne en quelques jours une cicatrice adhésive solide. Dans certains cas, une photocoagulation au laser peut remplacer la cryopexie.

● Vitrectomie

Dans 10 à 30 % des cas, une intervention endoculaire peut être nécessaire en première intention. Il s'agit notamment des cas où une hémorragie du vitré (ou une autre opacité vitréenne) ou des opacités de la capsule cristallinienne après chirurgie de la cataracte empêchent de repérer les déchirures. Il peut s'agir également des cas de déchirure géante (supérieure à 90°) ou de décollement de rétine déjà compliqué de prolifération fibreuse pré-rétinienne (prolifération vitréorétinienne).

ÉVOLUTION POSTOPÉRAIRE ET RÉSULTATS

En utilisant des techniques simples, environ 85 % des décollements de rétine peuvent être recollés en

une seule intervention. Les résultats visuels après chirurgie de décollement de rétine sont variables et dépendent surtout du soulèvement éventuel de la macula au moment de l'intervention. Si la macula n'est pas soulevée, une acuité visuelle supérieure ou égale à 4/10 est obtenue dans 80 à 85 % des cas. Dans les cas contraires, cette fréquence est seulement de 20 à 35 %.

La prolifération vitréorétinienne survient dans environ 5 % des décollements de rétine et peut nécessiter plusieurs interventions avant d'obtenir un recollement stable. Il s'agit d'une migration, d'une prolifération et d'une métaplasie fibreuse des cellules de l'épithélium pigmentaire qui, en s'étalant puis en se contractant à la surface de la rétine décollée, entraînent un plissement complexe de la rétine. Dans ces cas compliqués, l'intervention comportera une vitrectomie par la pars plana qui permettra une dissection des membranes épitréiniennes qui plissent et rigidifient la rétine. Un tamponnement interne est le plus souvent nécessaire, soit par l'injection d'un gaz à longue durée d'action, soit par huile de silicone. Les résultats fonctionnels sont le plus souvent médiocres.

TRAITEMENT PRÉVENTIF DU DÉCOLLEMENT DE RÉTINE

C'est avant tout le traitement par laser en urgence des déchirures rétinienne symptomatiques constituées lors du décollement postérieur du vitré, avant que ne se produise le décollement de rétine. En effet, en cas de déchirure symptomatique, le risque de survenue d'un décollement de rétine est de 30 à 40 %. Un traitement immédiat par laser peut réduire ce risque de 85 %.

On peut également proposer à titre systématique un traitement préventif des lésions de fragilité rétinienne périphérique telles que les palissades. Ce traitement préventif est sujet à controverse ; il paraît cependant raisonnable de le proposer aux sujets à risque, notamment lorsqu'il existe un antécédent de décollement de rétine du premier œil.

AUTRES FORMES DE DÉCOLLEMENT DE RÉTINE RHÉMATOGÈNE

■ Décollement de rétine par trou maculaire : il survient le plus souvent chez le très fort myope ; son traitement, difficile, comporte presque toujours une vitrectomie. Les résultats fonctionnels sont le plus souvent médiocres.

■ Décollement mixte, tractionnel et rhématogène : c'est une forme de décollement de rétine rare, qu'on peut retrouver par exemple chez les diabétiques ayant une rétinopathie diabétique proliférante compliquée. Son traitement comporte nécessairement une vitrectomie pour supprimer les tractions exercées sur la rétine, combinée au traitement des déchirures rétinienne.

Pascale Massin : Praticien hospitalier.

Alain Gaudric : Professeur des Universités, praticien hospitalier.

Service d'ophtalmologie, hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75475 Paris cedex 10, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : P Massin et A Gaudric. Décollement de rétine.

Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0090, 1998, 2 p