

LE DOSSIER

Chirurgie de l'interface vitréorétinienne

Syndrome de traction vitréomaculaire : quand opérer, pour quels résultats ?

RÉSUMÉ : Le syndrome de traction vitréomaculaire est une forme particulière de pathologie de l'interface où un vitré incomplètement décollé tire sur la macula, soit le plus souvent de façon étalée par l'intermédiaire d'une membrane épirétinienne, soit de façon très localisée sur la fovéa. Dès le diagnostic posé, essentiellement grâce à l'OCT, il faut poser une indication chirurgicale rapidement par vitrectomie dans toutes les formes de traction étalée symptomatique, sans urgence dans les formes localisées où la résolution spontanée n'est pas rare. Le pronostic visuel dépend de l'acuité au moment de l'intervention et les résultats anatomiques sont rarement parfaits quand existaient des répercussions préopératoires sur les couches externes de la rétine.



→ Y. LE MER

Fondation A. de Rothschild,
PARIS.

Le syndrome de traction vitréomaculaire est une forme singulière des syndromes de l'interface vitréorétinienne, considérée par certains comme une forme particulière des membranes épirétiniennes idiopathiques, individualisée par d'autres comme une entité séparée. Il est classiquement considéré comme un syndrome provoquant une atteinte visuelle en raison d'une adhérence anormale du vitré à la rétine postérieure, souvent par l'intermédiaire d'une membrane épirétinienne, traction révélée lors d'un décollement postérieur du vitré. La limite avec les membranes épirétiniennes idiopathiques sans décollement du vitré est donc floue et on gardera pour sa définition le fait que l'adhérence du vitré provoque soit un œdème maculaire significatif, soit un soulèvement fovéolaire. Cette adhérence est de superficie variable, limitée à la fovéa ou étendue à toute la rétine maculaire et à la papille. Il y a en revanche un décollement du vitré périphérique dans au moins trois quadrants.

Considéré initialement comme un syndrome rare, il représente environ 2 % des cas opérés pour membrane épirétinienne idiopathique. La généralisation

des explorations rétinienne par OCT *spectral domain* permet de retrouver de nombreux cas d'adhérences vitréomaculaires qui, lorsqu'elles sont associées à une pathologie rétinienne, ont pu faire croire à certains qu'elles sont à l'origine de cette pathologie. Récemment, des publications sur le rôle du syndrome de traction vitréomaculaire dans la genèse des complications néovasculaires de la DMLA, peut-être également dans certaines occlusions veineuses, sont à mettre en parallèle avec l'arrivée de traitement médicamenteux permettant de provoquer un décollement postérieur du vitré sans vitrectomie par injection intravitréenne de microplasmine. De même, des maladies rétinienne par anomalies génétiques comme le rétinischisis lié à l'X pourraient être guéries ou prévenues par une vitrectomie qui supprimerait des tractions sur une rétine anormale. Enfin, certains proposent une vitrectomie chez le diabétique, dès la preuve par OCT de l'absence de décollement postérieur du vitré. Si dans certains cas, le syndrome de traction est évident, ressemblant à ce qui est rencontré chez les patients non diabétiques et devant alors bénéficier des mêmes indications chirurgicales, il n'y a pour

LE DOSSIER

Chirurgie de l'interface vitréorétinienne

l'instant aucune preuve que la vitrectomie systématique sur vitré non décollé soit plus efficace que le laser, la cortisone ou les inhibiteurs du VEGF. Toutes les données théoriques expliquant l'intérêt de la vitrectomie ne peuvent pas remplacer une étude comparative bien conduite qui manque toujours.

Pour revenir au syndrome plus classique, nous allons voir quelles sont les indications certaines et ce qu'il faut en attendre. Nous verrons qu'il est important pour se décider de connaître le type anatomique. Il existe en effet plusieurs classifications suivant le type de décollement incomplet associé et donc la superficie des adhérences maculaires pathologiques. Pour ce qui nous intéresse, il faut essentiellement distinguer les adhérences étalées sur tout ou partie de la macula et celles réduites à une traction fovéolaire pure.

Quand opérer un syndrome de traction vitréomaculaire ?

La réponse de base est simple : une indication de vitrectomie peut être portée chez tout patient symptomatique présentant une baisse d'acuité visuelle significative ou des métamorphopsies invalidantes reliées par examen clinique et OCT à une traction vitréorétinienne.

Contrairement aux membranes épitréiniennes idiopathiques pour lesquelles l'évolution est lente et les risques d'aggravation faibles, le syndrome de traction vitréenne est souvent évolutif avec des baisses d'acuité visuelle plus profondes avec le temps. L'évolution peut se faire de trois façons, selon le type anatomique :

>>> **Dans les tractions étalées (fig. 1)**, il n'y a presque jamais d'amélioration spontanée. La baisse d'acuité est proportionnelle à l'importance de la traction et des modifications anatomiques ; l'œdème maculaire ou le décollement



FIG. 1 : Malgré la visibilité d'un anneau pré-pillaire détaché, il existe une traction maculaire étalée sur la macula. L'OCT est le meilleur outil diagnostique des syndromes de traction vitréomaculaire.

fovéolaire, visibles cliniquement ou en OCT, s'accompagnent habituellement de métamorphopsies invalidantes et de baisse de vision souvent marquée et, lorsque le soulèvement persiste plusieurs mois, de remaniement de l'épithélium pigmentaire de mauvais pronostic fonctionnel. Il faut donc repérer ces formes, car l'évolution se fait au mieux vers la stabilisation, mais le plus souvent vers la dégradation progressive.

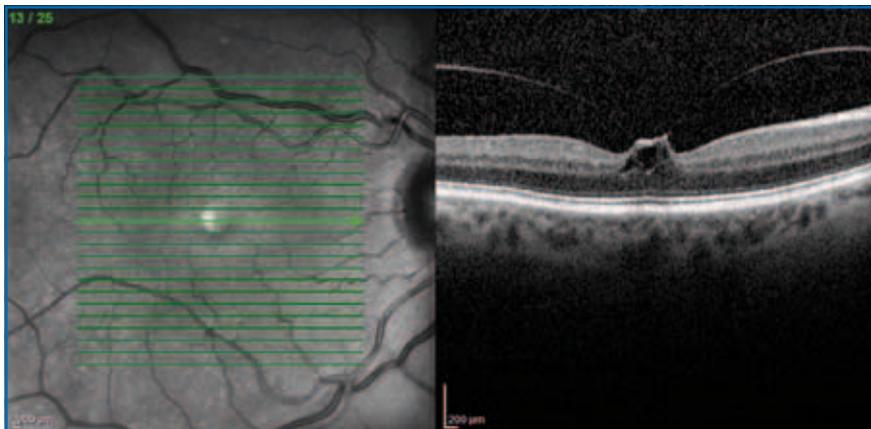


FIG. 2 : Traction fovéolaire pure. Souvent asymptomatique, il faut se méfier avant de conclure à son rôle dans une symptomatologie peu typique, par exemple en l'absence de métamorphopsies.

>>> **Dans les tractions fovéolaires pures (fig. 2)**, la baisse de vision est habituellement moins prononcée, les métamorphopsies sont parfois remplacées par une sensation de scotome à la lecture et l'évolution peut se faire soit vers la résolution spontanée en quelques semaines, soit vers la stabilisation le plus souvent, parfois vers le trou maculaire de pleine épaisseur ou le trou lamellaire. On touche là aux limites de la définition de ce syndrome, normalement associé à une membrane épitréiniennne faisant l'interface entre le vitré et la limitante interne. Dans la traction fovéolaire pure, il n'y a souvent pas de membrane interposée, expliquant l'évolution différente en comparaison avec les tractions étendues avec un taux non négligeable de résolution spontanée.

L'indication varie donc avec le retentissement visuel et le type anatomique, en gardant à l'esprit la fréquente dissociation anatomo-clinique des pathologies maculaires de l'interface :

>>> **En cas de traction étalée et de symptômes clairs**, la vitrectomie ne fait aucun doute et la programmation doit être faite. Si les symptômes sont peu gênants et le retentissement anatomique modéré, une surveillance après quelques mois peut être proposée en fonction du retentissement sur l'activité journalière. Si les

symptômes sont modestes mais avec un retentissement anatomique important (logettes maculaires, AEP clinique, DSR minime), il faut cependant proposer une vitrectomie pour éviter toute dégradation ultérieure.

>>> **En cas de traction fovéolaire localisée**, il n'y a pas d'urgence à opérer et l'indication ne tiendra compte que de la répercussion visuelle au moment de la consultation. S'il n'y a pas de gêne ressentie, la surveillance est la seule chose à faire. Si la répercussion est modérée, une indication sans aucune urgence peut être programmée et, en cas de baisse d'acuité visuelle ou de symptomatologie importantes, la vitrectomie sera proposée rapidement. La prévention d'une évolution vers un trou maculaire ou un trou lamellaire n'intervient pas dans la décision car le pronostic visuel final n'est pas dépendant de l'aspect anatomique.

La technique chirurgicale est peu différente de celle utilisée pour les membranes épirétiniennes maculaires idiopathiques (MER). L'intervention se déroule en ambulatoire, sous anesthésie locale, et dure environ trente minutes. Le plus souvent, les techniques de vitrectomie transconjonctivale sans sutures sont utilisées. Le premier temps de vitrectomie doit décoller le vitré de ses adhérences postérieures puis retirer la membrane épirétinienne sous-jacente. Le pelage aidé par colorants de la limitante interne est probablement plus important que pour les MER idiopathiques pour espérer retourner à une architecture maculaire postopératoire normale, être certain d'avoir retiré toutes les tractions et diminuer le risque de récurrence de MER. L'utilisation d'un tamponnement gazeux final n'apporte probablement rien au résultat anatomique et fonctionnel et augmente le risque de décollement de rétine iatrogène par déchirure inférieure. Il ne sera donc utilisé qu'en cas de trou lamellaire associé ou de complication peropératoire.

Qu'attendre de l'opération ?

Comme pour beaucoup de syndromes de l'interface vitréomaculaire, le rapport bénéfice/risque est extrêmement positif dès qu'il y a une gêne fonctionnelle ressentie.

Les résultats sont statistiquement bons avec une amélioration de l'acuité visuelle dans près de 80 % des cas, de loin comme de près. Les signes subjectifs (métamorphopsies, sensation de microscotome central) sont très souvent améliorés, mais leur disparition totale est rare. Le seul vrai critère pronostique est le niveau d'acuité visuelle préopératoire : plus la vision est basse, moins bonne sera la récupération. Contrairement au cas de membranes épirétiniennes idiopathiques simples pour lesquelles on regagne classiquement la moitié de ce qui avait été perdu, l'existence préopératoire d'un décol-

lement maculaire ou d'altérations de l'épithélium pigmentaire rend toute prévision fonctionnelle impossible et cela doit faire partie de l'explication au patient. Les anomalies constatées avant l'intervention par l'examen clinique, rétinographique et sur l'OCT n'interviennent que modérément dans la décision chirurgicale, mais sont un élément de pronostic important : en cas de pathologie associée et/ou de remaniement anatomique majeur (**fig. 3 et 4**), on sait que la récupération sera limitée. L'intérêt de la chirurgie dans les formes graves sera avant tout de stabiliser la vision, éventuellement de l'améliorer en sachant qu'elle sera probablement meilleure qu'en cas d'abstention. Malgré ce message à faire passer au patient, celui-ci ne sera satisfait qu'en cas de disparition des métamorphopsies.

Anatomiquement, seules les tractions fovéolaires pures peuvent espérer

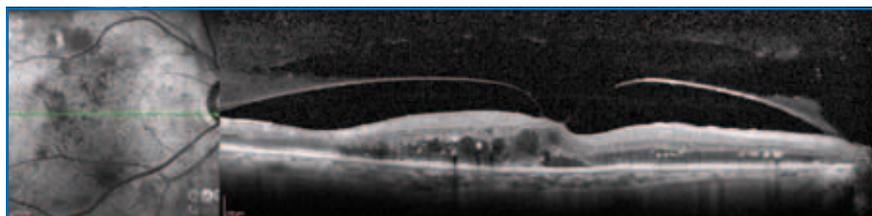


FIG. 3 : Traction maculaire dans un œdème par occlusion de branche veineuse. L'asymétrie de l'œdème, plus importante sous la traction, n'est peut-être due qu'à l'asymétrie de la pathologie vasculaire : essayer d'abord un traitement médical avant de porter une indication chirurgicale.

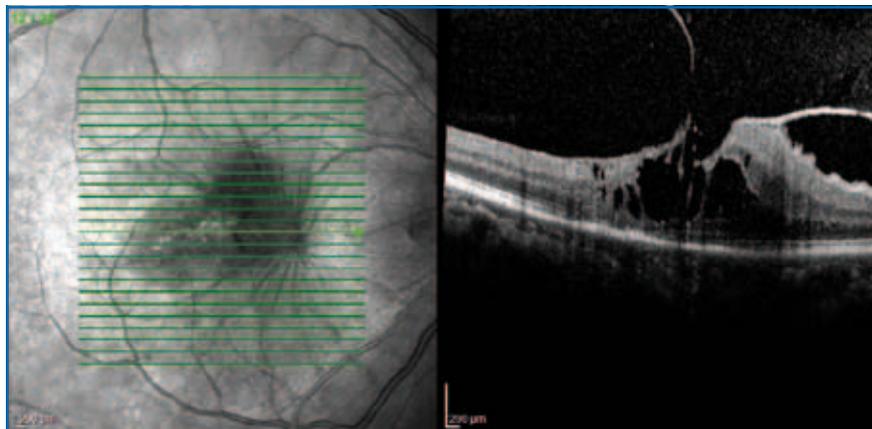


FIG. 4 : La désorganisation majeure de la macula est un facteur de mauvais pronostic fonctionnel postopératoire, mais ne doit pas être une contre-indication à la chirurgie si le patient en est bien prévenu.

LE DOSSIER

Chirurgie de l'interface vitréorétinienne

recupérer une architecture fovéolaire normale. L'évolution en OCT doit être suivie sur plusieurs mois, la réorganisation maculaire étant lente et progressive, même si la plus grande partie de la normalisation intervient dans les premières semaines postopératoires. Il est fréquent d'observer un retour à la normale des couches rétinienne internes, surtout si on a pratiqué un pelage de la limitante interne, mais les anomalies externes persistent souvent, correspondant aux altérations de l'épithélium pigmentaire parfois observées après disparition d'un décollement maculaire tractionnel.

Les complications potentielles de la vitrectomie sont les mêmes que pour les autres interventions fonctionnelles maculaires : cataracte certaine dans les mois ou années postopératoires, plus rapide chez le sujet plus âgé, risque de décollement de la rétine par déchirure périphérique, parfois variations de la pression oculaire rarement problématiques, risque infectieux de l'ordre de un pour mille.

La surveillance immédiate se fait à une semaine après le contrôle du lendemain de l'intervention, puis à un mois. Il faut ensuite contrôler la vision tous les six mois pendant un à deux ans au mini-

mum, d'une part en raison de la cataracte chez les sujets phaqes, mais également du fait de la remontée lente et progressive de la fonction visuelle par remodelage rétinien. Cette durée doit d'ailleurs être d'emblée annoncée au patient pour éviter toute déception et perte de confiance. La récurrence de membrane épitrétiennne, fréquente il y a quelques années, est devenue plus rare depuis le pelage systématique et donc indispensable de la limitante interne dans la chirurgie des syndromes de traction. Ce geste complémentaire, s'il ne change pas la récupération fonctionnelle à moyen terme, diminue de façon claire ce risque de récurrence à plus long terme.

Conclusion

Le syndrome de traction vitréomaculaire est une forme particulière des syndromes de l'interface vitréorétinienne que la généralisation des examens par OCT a permis de mieux reconnaître et qui mérite d'être individualisée par ses caractéristiques anatomiques parfois spectaculaires et ses conséquences fonctionnelles souvent plus lourdes que celles des membranes épitrétiennes simples. La vitrectomie doit être indiquée dans les formes étendues dès

que la gêne est ressentie pour éviter une dégradation anatomique incomplètement réversible et dès que la vision est abaissée dans les formes purement fovéolaires. Les résultats anatomiques et fonctionnels sont habituellement bons et progressifs sur plusieurs mois, mais dépendent essentiellement de l'état préopératoire. Contrairement aux membranes épitrétiennes où l'intérêt en est discutable, le pelage de la limitante interne semble améliorer les résultats à long terme.

Pour en savoir plus

SMIDDY WE, MICHELS RG, GLASER BM *et al.* Vitrectomy for macular traction caused by incomplete vitreous separation. *Arch Ophthalmol*, 1988, 106: 624-628.

GALLEMORE RP, JUMPER JM, McCUEN BW 2ND *et al.* Diagnosis of vitreoretinal adhesions in macular disease with optical coherence tomography. *Retina*, 2000; 20: 115-120.

GAUDRIC A, BENHAMOU N, MASSIN P. Membranes épitrétiennes maculaires. In : Pathologie du vitré, Masson, 2003, pp. 205-228.

WOLF S, WOLF-SCHNURRBUSCH U. Spectral-domain optical coherence tomography use in macular diseases: a review. *Ophthalmologica*, 2010; 224: 333-340.

WITKIN AJ, PATRON ME, CASTRO LC *et al.* Anatomic and visual outcomes of vitrectomy for vitreomacular traction syndrome. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging*, 2010, 41: 425-431.

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