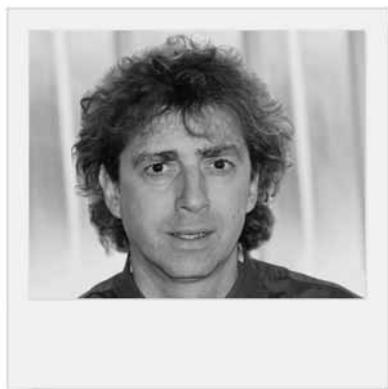


LE DOSSIER

Chirurgie de l'interface vitréorétinienne

Membrane épirétinienne : quand opérer, pour quels résultats ?

RÉSUMÉ : L'indication opératoire d'une membrane épirétinienne est portée après analyse de différents critères et non uniquement en regard de l'acuité visuelle. La gêne ressentie, l'évolutivité, l'ancienneté des troubles et la demande du patient sont également essentielles à la décision chirurgicale. L'OCT, bien qu'indispensable, ne permet pas à lui seul de poser une indication chirurgicale. Les patients présentant des troubles récents, évolutifs, avec une acuité relativement conservée, sont les meilleurs candidats à la chirurgie, à partir du moment où ils en expriment la demande. Environ 80 % des patients présenteront une amélioration significative de leur acuité. La qualité de l'information du patient sur les résultats fonctionnels, l'évolution postopératoire et les complications possibles est essentielle et augmentera globalement la satisfaction postopératoire du patient.



→ C. MOREL, F. DEVIN,
B. MORIN, J. CONRATH
Centre Paradis Monticelli,
MARSEILLE.

Le diagnostic d'une membrane épirétinienne (MER) (fig. 1) est presque quotidien dans notre pratique. Plusieurs études épidémiologiques d'envergure retrouvent une prévalence importante des MER augmentant nettement avec l'âge. La *Beaver Dam Study* [1] rapporte une prévalence de 12,8 % chez les patients de plus de 75 ans.

Leur chirurgie a été récemment grandement facilitée par l'utilisation de colorants et la mise à disposition des systèmes de vitrectomie transconjonctivaux en 23 et 25 G. Finalement, le plus dur reste souvent de poser l'indication chirurgicale avec toutes ses conséquences possibles.

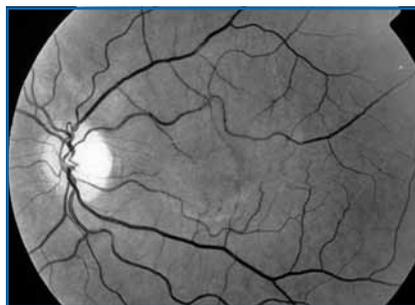


FIG. 1 : Membrane épimaculaire idiopathique.

En effet, le succès du geste chirurgical n'est pas toujours synonyme d'amélioration fonctionnelle et de satisfaction du patient. Ils sont nombreux à constater la persistance de métamorphopsies et à se plaindre de ne pas avoir retrouvé complètement leur vue d'antan.

Quand opérer et sur quels critères afin d'améliorer la satisfaction de nos patients ?

Critères utilisés dans la décision opératoire

• L'acuité visuelle

Le moins que l'on puisse dire est qu'il n'y a pas de règle stricte et de recommandation officielle en ce qui concerne le niveau d'acuité faisant décider d'une chirurgie. Le "politiquement correct" retrouvé dans la littérature affiche le seuil des 5/10 en vision de loin, mais reflète mal le trouble ressenti par le patient. Il est difficile de porter une indication opératoire sur la seule acuité visuelle sans prendre en compte d'autres éléments, à notre avis majeurs, comme la demande

LE DOSSIER

Chirurgie de l'interface vitréorétinienne

du patient, sa gêne fonctionnelle et l'évolutivité des symptômes. De nombreux chirurgiens d'ailleurs opèrent, selon les cas, à une acuité largement supérieure. Cela est conforté par le fait que le niveau d'acuité final est meilleur si on opère à une acuité qui n'est pas encore trop détériorée [2] et que la baisse d'acuité n'est pas ancienne. Il y a bien sûr un juste milieu et opérer toutes les membranes à plus de 7 ou 8/10 serait une erreur importante, source potentielle de nombreuses procédures, car le risque opératoire n'est pas négligeable. Il n'a d'ailleurs pas beaucoup diminué ces quinze dernières années. Le chirurgien a un devoir de résultat lorsqu'il opère à ce niveau d'acuité.

● La gêne ressentie

Traduction du syndrome maculaire (métamorphopsies, micropsie, diplopie), elle est difficilement quantifiable en pratique courante (fig. 2). Elle se traduit par une perte de fluidité pour la lecture et du goût pour cette activité, une altération de la vision du relief et une perte de contraste. Il peut exister une discordance importante entre une acuité visuelle bien conservée et une gêne fonctionnelle marquée.

● La demande du patient

N'opérer que les patients qui le demandent (si leur demande est licite !) est une règle d'or. De très nombreux patients sont référés pour indication chirurgicale avec cliniquement une membrane nette et un épaissement conséquent en OCT alors qu'ils n'éprouvent aucune

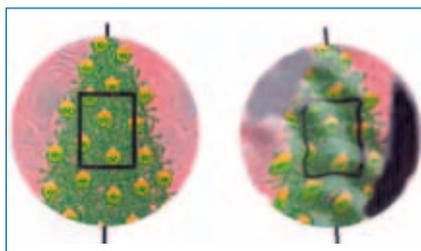


FIG. 2 : Patient ayant dessiné sur informatique son syndrome maculaire.

gêne. Dans ces conditions, le plus sage est de reconstruire le patient à 4 ou 6 mois afin de détecter une éventuelle évolution et de surseoir à l'intervention.

● L'évolutivité

Ce critère est essentiel. La majorité des membranes n'évoluent plus ou peu après quelques mois ou années. Notre attitude sera certainement différente entre deux patients à 6/10 si l'un a cette acuité depuis plus d'un an et que l'autre a perdu 2/10 en trois mois. L'évolutivité n'est pas toujours facile à déterminer lors de la première consultation et, là encore, revoir le patient à quelques mois permet de s'en faire une idée.

● Le type de MER

Le type de MER n'a pas beaucoup d'importance pour porter l'indication opératoire. Certains types ont un pronostic classiquement moins bon, comme les membranes secondaires, les syndromes de traction vitréomaculaire, les MER associées à la présence d'un trou lamel-

laire. Les membranes primitives qui représentent 80 % des cas ont le meilleur pronostic. La présence d'un pseudo trou n'est pas un élément de gravité [3].

Pour certaines membranes il est parfois difficile d'imputer la baisse d'acuité à la membrane ou à la pathologie sous-jacente (DMLA, occlusion veineuse, uvéite). Une angiographie peut être utile dans ces cas.

● L'apport de l'OCT

La généralisation de l'OCT dans les cabinets d'ophtalmologie a provoqué un afflux d'avis spécialisés en chirurgie vitréorétinienne concernant les MER. Il ne peut pas à lui seul faire poser une indication chirurgicale qui reste clinique. L'aspect en OCT est très variable et reflète souvent mal le niveau d'acuité visuelle (fig. 3 et 4). L'OCT oriente l'information du patient, il a certainement un rôle médico-légal et un intérêt dans le suivi postopératoire. La résolution des OCT en *spectral domain* a permis de définir certains éléments pronostiques. Sont des éléments péjoratifs l'altération de la couche des photorécepteurs, l'alté-

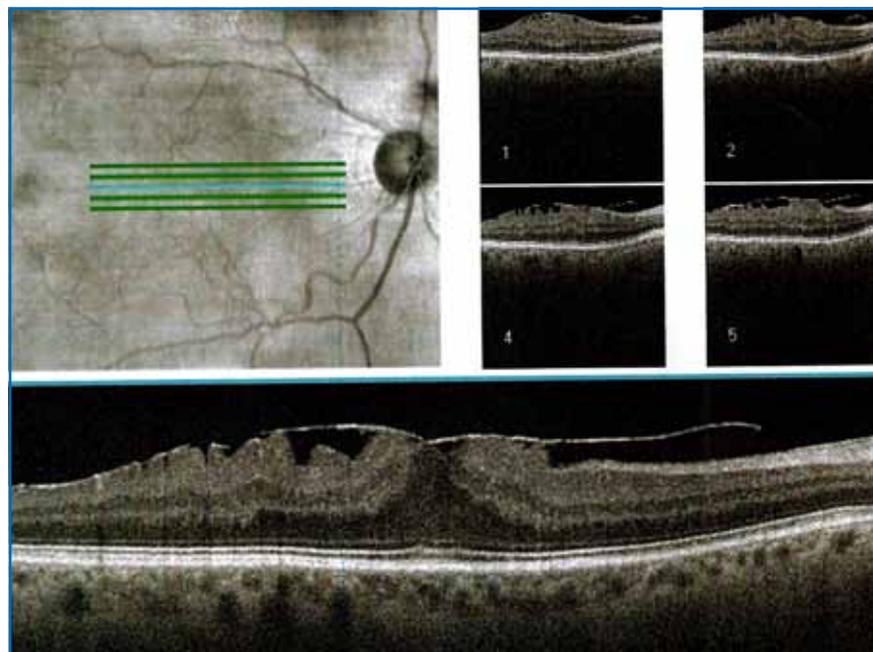


FIG. 3 : Patient de 66 ans suivi depuis 4 ans avec AV de 1.0 P2 malgré une image en OCT très perturbée : abstention thérapeutique.

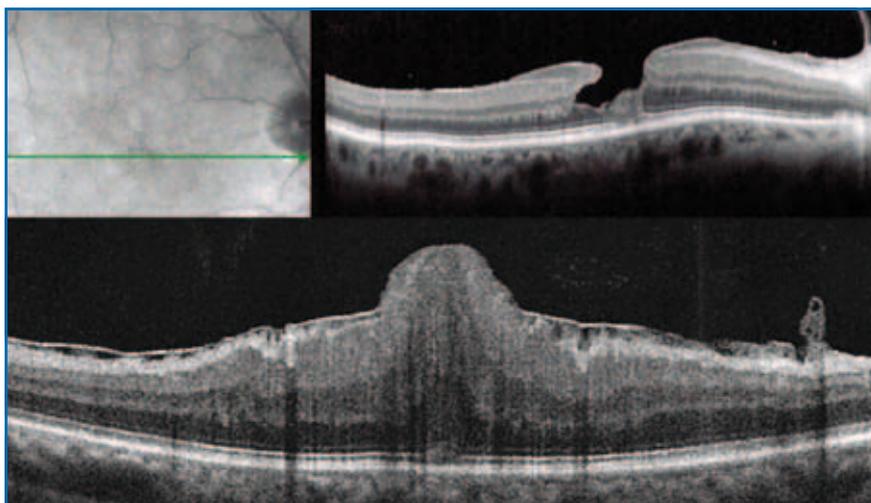


FIG. 4 : images OCT de deux patients ayant la même acuité visuelle de 0,6 P4.

ration de la ligne de jonction entre segment interne et externe. L'épaisseur centrale initiale n'est pas corrélée avec le résultat fonctionnel final. La perte de la dépression fovéolaire serait un élément de moins bon pronostic, mais pas la présence de kystes intrarétiniens [4].

Les résultats

Suivant les séries, 60 à 90 % des patients obtiennent une amélioration fonctionnelle d'au moins deux lignes d'acuité visuelle EDTRS à terme. La satisfaction du patient est d'autant plus importante qu'il a été informé préalablement de la possibilité d'une seule stabilisation fonctionnelle, d'une récupération qui peut parfois prendre près d'une année, d'une persistance des métamorphopsies dans environ 20 % des cas. En l'absence de remontée fonctionnelle, la disparition seule des métamorphopsies est heureusement souvent très appréciée par le patient.

Anatomiquement parlant, l'ablation de la membrane est réalisée dans pratiquement 100 % des cas (fig. 5). L'utilisation des colorants facilite l'ablation de reliquats souvent laissés en place lorsqu'on ne les utilise pas (dans près d'un tiers des cas dans notre expérience). Même s'il n'existe

pas d'études comparatives montrant leur intérêt sur le plan fonctionnel, leur utilisation systématique nous semble conseillée tant ils facilitent le geste chirurgical.

L'ablation de la limitante interne lors de la chirurgie des membranes reste un sujet de controverse dans la communauté ophtalmologique. Si elle est parfois en partie retirée lors de l'ablation de la membrane, son ablation systématique ne fait pas l'unanimité. Bovey [5] puis d'autres auteurs ont montré qu'il y avait moins de récurrences lorsqu'elle avait été retirée. L'utilisation d'OCT peropératoire a montré que ce geste s'associe à un meilleur résultat anatomique. Les études en ERG multifocal sont discordantes, l'une d'elles retrouve un léger retard de P1 lors de son ablation

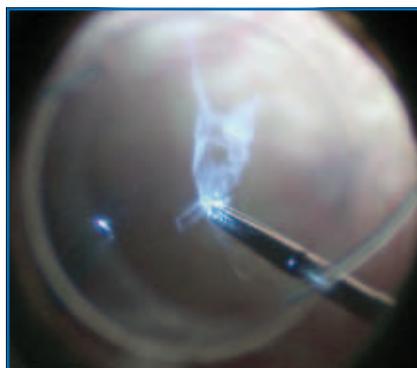


FIG. 5 : Membrane épimaculaire retirée à la pince.

alors que d'autres ne retrouvent pas de différences entre le pré- et le postopératoire. Tadayoni [6] qui avait décrit le syndrome de dissociation des fibres optiques lors de l'ablation de la limitante interne suspecte la possibilité de microscotomes induits visibles en micropérimétrie et va mettre en place une étude prospective sur ce sujet. Pour beaucoup, les éventuelles microlésions ne provoquent pas de troubles fonctionnels cliniquement significatifs [7].

Chez le patient phaque, l'apparition d'une cataracte post-vitrectomie minimise la remontée fonctionnelle. L'intérêt de la chirurgie combinée cataracte-vitrectomie est grandissant avec le développement des micro-incisions et de la chirurgie transconjonctivale. Elle peut raisonnablement être proposée dès qu'il existe un début d'opacification cristallinienne et chez les patients de plus de 80 ans. Le frein essentiel à son développement est d'ordre relationnel entre les chirurgiens rétinovitréens et leurs correspondants.

Bibliographie

1. KLEIN R, KLEIN BE, WANG Q *et al.* The epidemiology of epiretinal membranes. *Trans Am Ophthalmol Soc*, 1994 ; 92 : 403-425.
2. GAUDRIC A, COHEN D. Surgery of idiopathic epimacular membranes. Prognosis factors. *J Fr Ophthalmol*, 1993 ; 15 : 657-668.
3. MASSIN P, PAQUES M, MASHRI H *et al.* Visual outcome of surgery for epiretinal membranes with macular pseudoholes. *Ophthalmology*, 1999 ; 106 : 580-585.
4. BERROD JP, POIRSON A. Which epiretinal membranes should be operated. *J Fr Ophthalmol*, 2008 ; 31 : 192-199.
5. BOVEY EH, UFFER S, ACHACHE F. Surgery for epimacular membrane: impact of retinal limiting membrane removal on functional outcome. *Retina*, 2004 ; 24 : 728-735.
6. TADAYONI R, PAQUES M, MASSIN P *et al.* Dissociated optic nerve fiber layer appearance of the fundus after idiopathic epiretinal membrane removal. *Ophthalmology*, 2001 ; 108 : 2279-2283.
7. POURNARAS CJ, EMARAH A, PETROPOULOS IK. Idiopathic macular epiretinal membrane surgery and ILM peeling: anatomical and functional outcomes. *Semin Ophthalmol*, 2011 ; 26 : 42-46.

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