

Décollement séreux maculaire et son origine

G. DUCOS de LAHITTE*

Un homme âgé de 59 ans est adressé pour avis chirurgical sur une membrane épirétinienne secondaire sur son œil gauche. En effet, ce patient avait présenté un traumatisme contusif de cet œil il y a plus de 10 ans, qui s'était compliqué de deux ruptures de la membrane de Bruch au fond d'œil.

Depuis environ 10 mois, le patient a présenté une baisse progressive de la vision de son œil gauche à 4/10 P3. L'examen du fond d'œil était normal à droite; à gauche, on retrouvait des milieux calmes, avec au fond d'œil une fine membrane épirétinienne et deux cicatrices arciformes de rupture de la membrane de Bruch.

Sur l'angiographie à la fluorescéine, on ne retrouvait aucune diffusion de colorant, ni dans l'aire maculaire, ni à proximité des ruptures de la membrane de Bruch. De même que sur l'angiographie au vert d'infra-rouge qui met seulement en évidence des lésions hypofluorescentes.

C'est l'examen par OCT qui va apporter l'explication de cette baisse visuelle unilatérale gauche, en mettant en évidence le décollement séreux rétinien maculaire, qui n'est pas lié à cette fine membrane épirétinienne. Mais sur une coupe oblique qui passe par la papille, on objective une fossette colobomateuse qui est à l'origine de ce soulèvement maculaire.

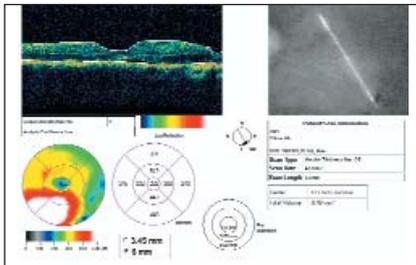


Fig. 6 : Topographie maculaire ou "retinal map" de l'œil gauche qui met en évidence un soulèvement maculaire prédominant en nasal inférieur de la macula, à distance de la membrane épirétinienne.

* Service d'Ophtalmologie, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, PARIS.

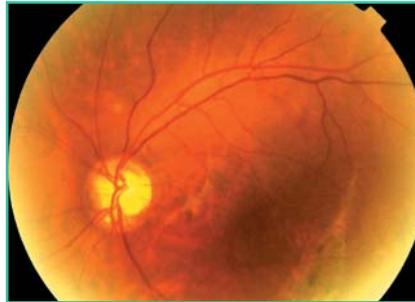


Fig. 1 : Rétinophotographie de l'œil gauche, qui met en évidence les deux lignes de rupture de la membrane de Bruch et l'absence d'hémorragie radiaire vers la macula.

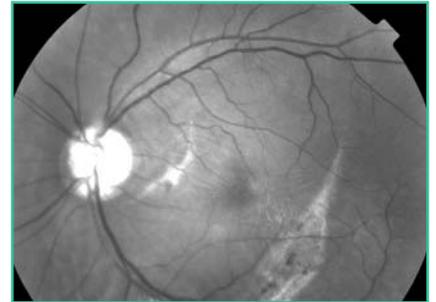


Fig. 2 : Cliché anérythre vert, qui met en évidence une fine membrane épirétinienne à disposition radiaire vers la macula.

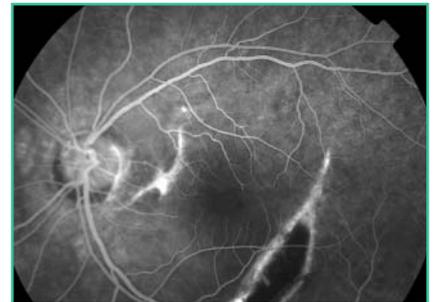


Fig. 3 : Cliché intermédiaire de l'angiographie à la fluorescéine, qui ne met en évidence aucune diffusion de fluorescéine à partir des lignes de rupture de la membrane de Bruch, éliminant ainsi le diagnostic de néovaisseaux choroïdiens visibles.

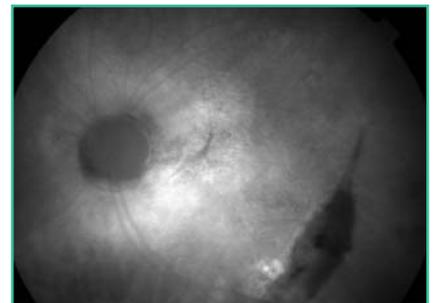
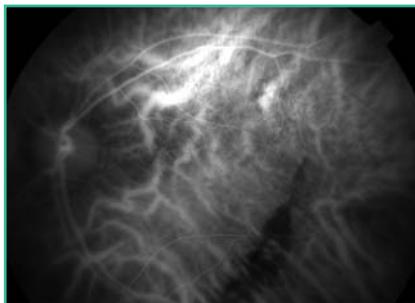


Fig. 4 et 5 : Clichés précoce et tardif de l'angiographie au vert d'infra-rouge, qui identifient les lignes de rupture de la membrane de Bruch sous la forme de lésion hypofluorescente, sans aucun signe de néovascularisation occulte.

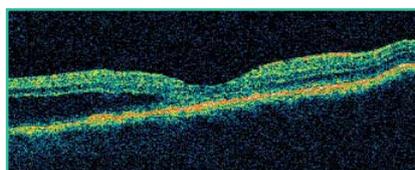


Fig. 7 : Coupe en OCT de 6 mm de long et d'un angle de 60°, passant par la macula et qui retrouve un soulèvement de l'hémirétine inférieure, sans aucun syndrome tractionnel de la membrane épirétinienne.

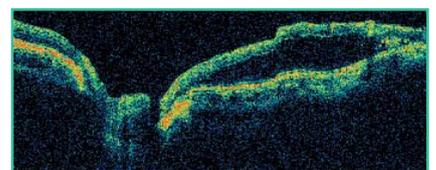


Fig. 8 : Coupe en OCT de 10 mm de long et d'un angle de 300°, qui passe par la papille et qui met en évidence cette fossette colobomateuse en temporal inférieur de la papille qui alimente le soulèvement maculaire.