

## Comparer l'acuité visuelle au domicile et en consultation

BHORADE AJ, PERLMUTTER MS, WILSON B *et al.* Differences in vision between clinic and home and the effect of lighting in older adults with and without glaucoma. *Arch Ophthalmol*, Published online November 21, 2013.

Dans notre pratique, nous avons tendance à penser que l'acuité visuelle mesurée au cabinet reflète les performances visuelles du quotidien de nos patients. Pourtant, certains auteurs avaient montré dès les années 1970 des différences notables entre l'acuité mesurée en consultation et celle mesurée au domicile du patient dans ses conditions habituelles d'éclairage [1, 2].

Dans cette étude réalisée chez des patients glaucomateux et non glaucomateux, les auteurs ont comparé les acuités visuelles mesurées en milieu hospitalier et au domicile. L'étude a été réalisée entre 2005 et 2009 à l'université de St-Louis, Missouri. Les patients étaient âgés de 55 à 90 ans. Des visites étaient organisées au domicile et à l'hôpital pour mesurer l'acuité visuelle, la sensibilité aux contrastes.

Les mesures d'acuité et de sensibilité aux contrastes étaient meilleures à l'hôpital qu'au domicile chez les patients glaucomateux comme chez les non-glaucomateux. En acuité visuelle de loin, 29 % des participants glaucomateux avaient une différence de deux lignes entre l'hôpital et le domicile. Chez les patients ayant un glaucome sévère, la différence était encore plus importante (3 lignes ou plus).

L'éclairage était le principal facteur associé à cette différence d'acuité dans les conditions de vision de loin comme pour la vision de près. Dans 85 % des cas, l'éclairage ambiant au domicile était inférieur aux niveaux recommandés. Les auteurs recommandent un interrogatoire, en particulier des patients âgés concernant les conditions d'éclairage au domicile dans le but d'optimiser les conditions d'éclairage.

Lorsque la mesure d'acuité visuelle est un paramètre de surveillance d'efficacité d'un traitement par exemple dans le cadre d'une étude, il n'est pas si important que la mesure reflète le quotidien du patient. Il est surtout utile que le chiffre mesuré soit précis et reproductible comme par exemple une mesure ETDRS. En revanche, lorsque l'acuité est mesurée pour évaluer les performances du patient, il semble plus important de la relier au quotidien du patient. La sensibilité des patients âgés aux conditions d'éclairage et de contraste reflète l'influence de plusieurs facteurs. La perte progressive des bâtonnets de la couronne péri fovéale est classiquement un facteur important de baisse d'adaptation aux variations de luminosité et de contraste chez les sujets âgés, même en dehors des facteurs pathologiques tels qu'une DMLA atrophique, un glaucome, une cataracte [3].

## Bibliographie

1. SILVER JH, GOULD ES, IRVINE D *et al.* Visual acuity at home and in eye clinics. *Trans Ophthalmol Soc UK*, 1978;98:262-266.
2. WEST SK, RUBIN GS, MUNOZ B *et al.* The Salisbury Eye Evaluation Project Team. Assessing functional status: correlation between performance on tasks conducted in a clinic setting and performance on the same task conducted at home. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 1997;52:M209-M217.
3. CURCIO CA, MEDEIROS NE, MILLICAN CL. Photoreceptor loss in age-related macular degeneration. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 1996;37:1236-1249.

## Décollement de rétine : influence du délai opératoire ?

WYKOFF CC, FLYNN HW JR, SCOTT IU. What is the optimal timing for rhegmatogenous retinal detachment repair? *JAMA Ophthalmol*, 2013;131:1399-1400.

Le décollement de rétine rhéomatogène (DRR) est une affection relativement fréquente (1/170 yeux) impliquant un traitement chirurgical rapide. On distingue habituellement les DR épargnant la macula et ceux qui impliquent une baisse d'acuité visuelle parce qu'ils sont étendus à la zone centrale. L'acuité visuelle est d'ailleurs l'élément principal du pronostic visuel des DR. On considère habituellement que pour les DR épargnant la zone centrale, 80 % des yeux récupèrent au moins 5/10<sup>e</sup>. Pour les DR étendus à la macula, 30 % des yeux récupèrent au moins 5/10<sup>e</sup> [1].

Le résultat anatomique est très généralement favorable. Depuis quelques années la chirurgie intravitréenne s'est imposée par rapport à la chirurgie exoculaire qui garde cependant des indications. Néanmoins, le résultat fonctionnel n'est pas toujours aussi favorable. Certains facteurs non modifiables interviennent tels que la coexistence d'une prolifération vitréorétinienne, d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge ou d'une altération des voies optiques. Parmi les facteurs modifiables, le délai avant intervention des DR impliquant la macula fait l'objet de discussion. La logique d'un meilleur résultat fonctionnel en fonction de la rapidité d'intervention est soutenue par de nombreux travaux, en particulier expérimentaux. Des altérations des cellules de Müller et des cellules de la microglie généreraient par exemple des cytokines de l'inflammation responsables d'altérations étendues à la rétine non détachée au pourtour du DR. Une hypoxie des couches internes et externes de la rétine neurosensorielle pourrait aussi se développer au pourtour du DR en raison de variations de flux sanguin. Pourtant, le retentissement clinique réel de ces éléments semble assez relatif et plusieurs études rétrospectives ont conclu que le délai avant intervention n'était pas aussi important qu'attendu pour le pronostic visuel final [1-3]. Dans ces trois études, les auteurs n'ont pas montré de différence de pronostic visuel parmi les patients qui sont opérés

au cours de la semaine suivant le début du DR. Ces études souffrent de leur aspect rétrospectif et également de leur durée de suivi relativement courte. Par exemple, l'acuité visuelle à long terme des patients opérés de DR peut être améliorée par un réaligement progressif des photorécepteurs. Pour les DR épargnant la macula, la notion d'urgence opératoire est également remise en question. L'extension du DR à la macula ne serait pas aussi fréquente ni rapide que cela était antérieurement considéré. Dans une étude prospective comportant 82 DR extramaculaires, des auteurs n'ont observé une extension du soulèvement que pour 11 yeux (13 %) avec 3 cas étendus à la macula. Le rythme calculé de l'extension était de 1,8 disque papillaire par jour (0,125 ; 4,5) [4].

En pratique, pour les DR étendus à la macula, la chirurgie est bien sûr réalisée au plus tôt, mais la relativisation de l'urgence à intervenir permet de se placer dans les meilleures conditions tant pour la disponibilité de l'opérateur, de la salle que pour l'anesthésie ou l'arrêt éventuel des anticoagulants. Pour les DR non étendus à la macula, un petit délai avant intervention ne semble pas affecter le pronostic visuel.

### Bibliographie

1. SALICONE A, SMIDDY WE, VENKATRAMAN A *et al.* Visual recovery after scleral buckling procedure for retinal detachment. *Ophthalmology*, 2006;113:1734-1742.
2. ROSS WH, KOZY DW. Visual recovery in macula-off rhegmatogenous retinal detachments. *Ophthalmology*, 1998;105:2149-2153.
3. HASSAN TS, SARRAFIZADEH R, RUBY AJ *et al.* The effect of duration of macular detachment on results after the scleral buckle repair of primary, macula-off retinal detachments. *Ophthalmology*, 2002;109:146-152.
4. HO SF, FITT A, FRIMPONG-ANSAH K *et al.* The management of primary rhegmatogenous retinal detachment not involving the fovea. *Eye (Lond)*, 2006;20:1049-1053.

### Un point sur la chirurgie des membranes épirétiniennes

SANDALI O, EL SANHARAWI M, BASLI E *et al.* Epirretinal membrane recurrence Incidence, characteristics, evolution, and preventive and risk factors. *Retina*, 2013;33:2032-2038.

Les membranes épimaculaires (ou épirétiniennes) (MEM), dites idiopathiques, sont la conséquence d'un processus de

gliose, développé sur la surface de la membrane limitante interne. Elles provoquent généralement un syndrome maculaire très progressif associant des métamorphopsies et une baisse d'acuité visuelle.

À partir de cette d'une étude rétrospective réalisée chez 440 patients consécutifs (440 yeux) avec un suivi moyen de  $3,5 \pm 1,7$  ans, les auteurs apportent des notions sur l'incidence, l'évolution, les caractéristiques cliniques, les possibles facteurs de risque ou de prévention des membranes épimaculaires. Tous les patients ont bénéficié d'une vitrectomie à la *pars plana* avec pelage de membrane. La membrane limitante interne a été pelée dans 266 cas et son repérage avait été facilité avec du vert d'indocyanine dans 27 cas et du bleu trypan dans 45 cas.

L'incidence des récurrences de MEM était de 5 % (22/440), et 2 % des patients ont été réopérés (9/440). La récurrence de la membrane était symptomatique dans 9 cas (41 %) et asymptomatique dans 13 cas (59 %). La réalisation d'un pelage de la membrane limitante interne était le seul facteur limitant la récurrence (odds ratio : 0,33,  $p = 0,026$ ). L'utilisation de colorants facilitait le repérage de la limitante interne mais ne diminuait pas le taux de récurrences (odds ratio : 0,35,  $p = 0,338$ ). Dans les cas de reproductibilité de la MEM, l'absence de pelage de la limitante interne, la présence d'une MEM sur l'autre œil et une acuité visuelle faible avant chirurgie semblaient être associées à un risque élevé de récurrence symptomatique et à une réintervention.

Les auteurs concluent que le pelage de la limitante interne réduit la probabilité de récurrence des membranes, mais semble aussi améliorer le pronostic visuel des patients dont la membrane récurrence. L'utilisation de colorants n'a pas, en elle-même, permis de réduire le taux de récurrences.

T. DESMETTRE

Centre de Rétine Médicale, MARQUETTE-LEZ-LILLE.

[www.realites-ophtalmologiques.com](http://www.realites-ophtalmologiques.com)  
**Le nouveau site de Réalités Ophtalmologiques**  
**+ riche + interactif + proche de vous**

