Revues générales
Chirurgie

Conduite à tenir devant un décollement de rétine chronique inférieur sans baisse d'acuité visuelle

RÉSUMÉ : Les décollements de rétine inférieurs chroniques sont le plus souvent d'origine rhegmatogène et rétinogène, secondaires à des trous atrophiques rétiniens sans décollement postérieur du vitré. Ils sont identifiables par leur rythme d'évolution, et la présence de signes de chronicité au fond d'œil comme les lignes de démarcation.

L'attitude thérapeutique dépend de l'étendue du décollement par rapport à l'équateur mais aussi du terrain du patient. Quand une décision chirurgicale est prise, la cryo-indentation est la technique de choix chez ces patients jeunes et phaques.

→ **E. PHILIPPAKIS**
Service d'Ophtalmologie,
Hôpital Lariboisière, PARIS.

Le décollement de rétine (DR) est une pathologie rare et cécitante. Sa prise en charge dépend de nombreux facteurs dont les principaux sont l'étiologie, la topographie, la symptomatologie et l'évolutivité. L'examen attentif du FO permet de relever toutes les caractéristiques du décollement rétinien afin de prendre la meilleure décision opératoire.

Identifier un décollement de rétine chronique

Le diagnostic de DR inférieur chronique repose sur deux arguments. Le principal argument est **l'absence d'évolutivité** notée lors de plusieurs consultations successives. La réalisation de photos du fond d'œil permet une surveillance plus précise. L'examen clinique et le fond d'œil recherchent des **signes de chronicité** suivants : les cordages sous-rétiniens, les kystes rétiniens, les lignes pigmentées de démarcation (métaplasies de l'épithélium pigmentaire rétinien), les cristaux maculaires, les néovaisseaux rétiniens périphériques (***fig. 1***). Si la prolifération vitréorétinienne prérétinienne est souvent le signe d'un décollement datant de plusieurs semaines, elle témoigne d'un processus évolutif et est le plus souvent absente dans les DR inférieurs chroniques. En revanche, les cordages sous-rétiniens, qui correspondent à une prolifération fibrogliale sous-rétinienne, signent la chronicité et ne s'opposent pas à la réapplication rétinienne.

Situation la plus fréquente : DR inférieur chronique d'origine rhegmatogène

Les DR inférieurs chroniques sont le plus souvent d'origine **rhegmatogène**. Au sein de ces DR, s'opposent les décollements de rétine **vitréogènes**, liés au décollement postérieur du vitré et les décollements de rétine **rétinogènes**, conséquence d'une dégénérescence

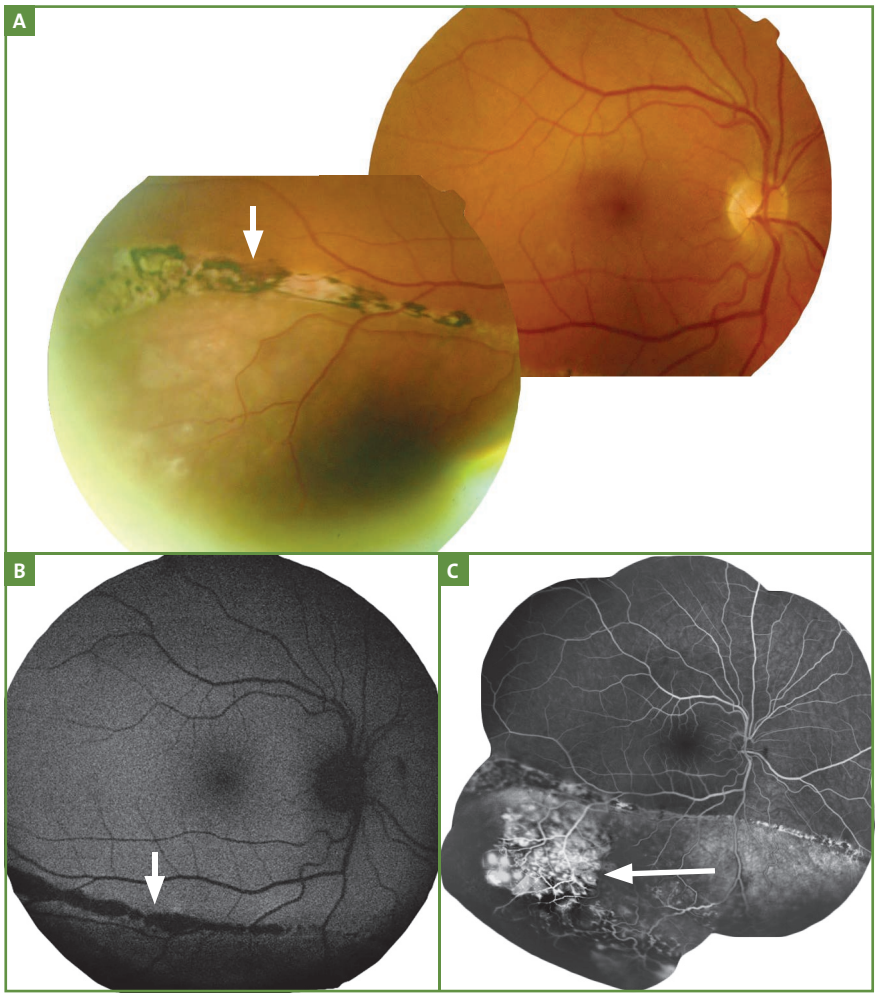

FIG. 1 : Décollement de rétine inférieur chronique chez une patiente phaque de 40 ans. La ligne de démarcation est bien identifiable en bordures du décollement sur les photographies couleur du fond d'œil (**A**) et d'autant plus visible sur le cliché en autofluorescence (**B**). L'angiographie à la fluorescéine retrouve des néovaisseaux périphériques qui signent la chronicité (**C**).

localisée de la rétine sans traction vitréenne. Ce sont ces DR rétinogènes qui sont les principaux pourvoyeurs de décollements de rétine inférieurs chroniques.

La cause la plus fréquente des DR rétinogènes est le **trou atrophique**. Ce type de DR représente 15 à 20 % des DR [1] et touche principalement les patients jeunes, phaques et myopes. Ces DR se localisent majoritairement dans le quadrant temporal inférieur et sont d'évolution lente, à tel point qu'ils sont le plus souvent **asymptomatiques**. Les signes de chronicité tels que les cordages sous-rétiniens, les lignes pigmentées de progression ou les kystes intrarétiniens signent la chronicité du DR. Ils sont le plus souvent plans, sauf ceux situés en supérieur [2, 3]. Les trous sont fréquemment multiples et de petite taille, au sein d'une rétine amincie et associés à des zones de dégénérescence palissadique dans 25 % des cas. La prolifération vitréorétinienne prérétinienne est exceptionnelle.

Le traitement des DR par trou atrophique repose sur la **chirurgie *ab externo***, associée à une ponction du liquide sous-rétinien en cas de décollement bulleux. Le pronostic de la chirurgie *ab externo* est bon, avec un taux de succès de 98 à 100 % et un pronostic fonctionnel satisfaisant [2]. En revanche, si la localisation des trous est postérieure, les trous nombreux ou situés sur plusieurs quadrants, ou qu'il existe un soulèvement maculaire, la chirurgie endoculaire par vitrectomie permet une réapplication rétinienne rapide et le traitement de l'ensemble des lésions. Dans ces cas, il est important de prendre en compte l'âge du patient et de le prévenir du risque d'opacification cristallinienne secondaire, chez ces patients souvent jeunes et phaques.

Ces décollements de rétine inférieurs chroniques par trou atrophique sont à distinguer du **rétinoschisis dégénératif périphérique**. Sa prévalence est de 1 à 7 % chez les plus de 40 ans. Il est bilatéral dans 1/4 des cas [4]. Il correspondrait à la fusion des kystes d'une dégénérescence microkystique périphérique. Le clivage se situe au niveau de la plexiforme externe. Le rétinoschisis siège habituellement en temporal inférieur, et apparaît comme une surélévation bulleuse du feuillet interne de la rétine, qui est mince, microkystique et immobile. Dans ces cas, il n'existe pas de remaniements pigmentaires en bordure du décollement.

Toutefois, s'il survient une déchirure ou un trou dans les feuillets internes et externes de la rétine schisique, alors le tableau est celui d'un décollement de rétine rhegmatogène. On voit alors des trous de petite taille dans le feuillet interne et des trous de grande taille dans le feuillet externe. L'incidence du DR dans les rétinoschisis est de moins de 2 % selon les séries. Si le trou est localisé en avant de l'équateur, alors le traitement est accessible à une procédure externe par cryo-indentation. Si la déchirure est postérieure, alors une procédure endoculaire par vitrectomie

Revues générales
Chirurgie

est préférable afin d'effectuer une rétinectomie du feuillet interne.

La seconde cause de DR rétinogènes est la **dialyse à l'*ora***. Elles touchent principalement les **hommes jeunes**, et leur localisation est le plus souvent temporale ou temporale inférieure [5]. Cette zone est la plus exposée au **traumatisme** et est prédisposée aux lésions microkystiques, facteurs de fragilité rétinienne. En effet, si le traumatisme oculaire est le facteur favorisant leur apparition, la dialyse peut être d'origine dégénérative. Le délai d'apparition d'un décollement de rétine est assez long, entre 1 et 2 ans après le traumatisme. Une dialyse à l'*ora* doit être distinguée d'une déchirure géante. Dans les dialyses à l'*ora*, l'examen ne retrouve pas de Tyndall pigmentaire.

La dialyse a toujours un trajet parallèle à la base du vitré, qui est attachée au versant postérieur, et s'étend rarement sur plus de trois quadrants horaires. Il n'existe pas de lambeau antérieur ni de prolifération vitréorétinienne. Les kystes intrarétiniens sont retrouvés dans 1/3 des cas et des lignes de démarcation dans la moitié des cas. Les patients présentant une dialyse inférieure sans signe d'évolutivité peuvent être pris en charge par **photocoagulation au laser**. Mais la situation la plus fréquente est celle de décollement plus important, impliquant la macula dans, en moyenne, 1 cas sur 2. La **chirurgie *ab externo*** est à privilégier dans ces cas avec une indentation antérieure et une plicature antérieure [6, 7]. La chirurgie vitréorétinienne est à éviter dans les dialyses à l'*ora*, alors qu'elle est la technique de choix dans les déchirures géantes.

Autres cas de DR chroniques

Les décollements de rétine inférieurs chroniques peuvent exister dans un autre contexte que les trous atrophiques et les dialyses à l'*ora*. L'examen ne retrouve alors ni déchirure ni ligne de démarcation.

Dans les DR rhegmatogènes compliqués de **prolifération vitréorétinienne**, la persistance après chirurgie d'une prolifération vitréorétinienne périphérique inférieure inactive peut aboutir à un soulèvement inférieur chronique. Si la traction exercée par la prolifération ne risque pas de soulever les bords des déchirures au préalablement traitées, ne montre pas des signes d'évolutivité et le soulèvement rétinien est plan, alors ces décollements de rétine peuvent être tolérés.

Dans les cas de rétinopathie diabétique proliférante comme dans les autres **rétinopathies ischémiques**, la contraction de la hyaloïde postérieure adhérente aux néovaisseaux prérétiniens entraîne à terme un décollement de rétine [8]. Un DR tractionnel se forme et l'évolution du DR est dépendante de la rapidité de l'inactivation de la rétinopathie ischémique par panphotocoagulation rétinienne. L'indication chirurgicale est absolue lors d'un soulèvement maculaire. En dehors de ce cas, une traction chronique inférieure stable sur une rétinopathie inactivée est tolérée.

Les décollements de rétine inférieurs chroniques peuvent également être présents dans les **pathologies inflammatoires ou les causes exsudatives**. Dans certains cas, l'absence de déchirures est retrouvée ainsi que les signes d'orientation (Tyndall cellulaire, sclérite, lésion rétinienne, exsudats). Un décollement exsudatif n'atteint pas l'*ora serrata* et la surface rétinienne est lisse et non plissée. Les lignes de démarcation sont absentes, mais il peut exister des cordages sous-rétiniens sans prolifération vitréorétinienne épirétinienne. Les causes sont multiples, de la sclérite postérieure au syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada et maladie de von Hippel-Lindau. L'épithéliopathie rétinienne diffuse peut, dans de rares cas, se manifester par un décollement sous-rétinien de grande taille avec une coulée inférieure. Les décollements inflammatoires et exsudatifs répondent au traitement de la pathologie sous-jacente, et ne nécessitent pas de chirurgie.

Conduite à tenir thérapeutique devant les décollements de rétine inférieurs chroniques d'origine rhegmatogène

Les décollements menaçant ou atteignant la macula sont toujours d'indication chirurgicale.

Pour les cas ne menaçant pas la macula, il est important de prendre en compte

POINTS FORTS

- Terrain : patient jeune, phaque, trou atrophique périphérique, sans décollement postérieur du vitré.
- Évolution : rythme, lignes de démarcation.
- Décision chirurgicale : étendue du décollement au-delà de l'équateur, antécédents de décollement de rétine, monophtalme, risque de ligne de démarcation maculaire.
- Technique chirurgicale de choix : cryo-indentation.

la **symptomatologie** (déficit du champ visuel supérieur), les **antécédents** familiaux et personnels de décollement de rétine, une amblyopie ou le patient monophtalme. La présence de ces signes, ou de ces antécédents, invite à une décision chirurgicale.

En l'absence de signe fonctionnel ou d'antécédent, l'attitude thérapeutique dépend de l'étendue du DR :
– si le DR est très périphérique, alors la **photocoagulation au laser** délimitant la zone avec un retour à l'*ora serrata* est le traitement de première intention ;
– si le DR est plus étendu mais en avant de l'équateur, l'existence d'une ligne de démarcation est rassurante et impose une **surveillance**. Sans signe de chronicité, une surveillance peut être envisagée dans un premier temps, avec une chirurgie selon l'évolutivité, la symptomatologie ou les antécédents ;
– si le DR présente des lignes de démarcation successives, alors il convient de proposer une **chirurgie** pour prévenir la formation d'une ligne de démarcation maculaire.

Dans la majorité des cas, les trous sont situés antérieurement à l'équateur, et une procédure ***ab externo* par cryo-indentation inférieure** permet la réapplication rétinienne dans 98 à 100 % des cas [2, 7]. Elle évite la survenue d'une opacification cristallinienne secondaire à la vitrectomie. La vitrectomie avec tamponnement interne, bien que devenue simple et non inflammatoire, doit être réservée aux cas pour lesquels la cryo-indentation ne permettrait pas le traitement de tous les trous et la réapplication rétinienne, ou chez le patient pseudophaque. En effet, l'adhérence forte du vitré à la rétine et la présence du cristallin chez ces patients jeunes rendent la chirurgie plus délicate, l'accès à la rétine antérieure plus difficile, et gênent la réalisation d'une vitrectomie complète, essentielle pour la qualité du tamponnement.

Le degré d'urgence est relatif pour ces décollements inférieurs d'évolution lente. Sans menace ni soulèvement maculaire, la chirurgie une fois décidée peut être programmée selon la rapidité d'évolution du décollement.

Bibliographie

1. MURAKAMI-NAGASAKO F *et al.* Phakic retinal detachment associated with atrophic hole of lattice degeneration of the retina. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol Albrecht Von Graefes Arch Für Klin Exp Ophthalmol*, 1983;220:175-178.
2. UNG T *et al.* Clinical features and surgical management of retinal detachment secondary to round retinal holes. *Eye Lond Engl*, 2005;19:665-669.
3. TILLERY WV *et al.* Round atrophic holes in lattice degeneration--an important cause of phakic retinal detachment. *Trans Sect Ophthalmol Am Acad Ophthalmol Otolaryngol*, 1976;81:509-518.
4. BUCH H *et al.* Prevalence and long-term natural course of retinoschisis among elderly individuals: the Copenhagen City Eye Study. *Ophthalmology*, 2007;114:751-755.
5. *Qiang Kwong T, et al.* Characteristics of rhegmatogenous retinal detachments secondary to retinal dialyses. *Can J Ophthalmol J Can Ophtalmol*, 2014;49:196-199.
6. BONNET M *et al.* Retinal detachment caused by a tear at the ora serrata. *J Fr Ophtalmol*, 1986;9:231-242.
7. JAMES M *et al.* Buckle-related complications following surgical repair of retinal dialysis. *Eye Lond Engl*, 2008;22:485-490.
8. FAULBORN J *et al.* Microproliferations in proliferative diabetic retinopathy and their relationship to the vitreous: corresponding light and electron microscopic studies. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol Albrecht Von Graefes Arch Für Klin Exp Ophthalmol*, 1985;223:130-138.

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