

JIFRO – Myopie forte



J.-P. BERROD
Département
Ophtalmologie,
CHU de Nancy-Brabois,
VANDŒUVRE-LES-NANCY.

La prévention du décollement de rétine (DR) chez le myope reste un sujet controversé, fondé davantage sur des convictions que sur des études basées sur les preuves [1]. Le traitement le plus fréquent est une photocoagulation limitée aux lésions fragiles, le cerclage sur 360° étant réservé aux lésions très étendues ou à l'œil adelphe d'une déchirure géante.

Facteurs de risque de décollement de rétine

1. La myopie

La myopie est un facteur de risque de DR proportionnel à la longueur axiale, la moitié des DR non traumatiques survenant dans les yeux myopes. Selon plusieurs études l'incidence de 1/10 000/an serait multipliée par 5 pour les myopies jusqu'à -5 et par 30 pour les myopies supérieures à -15 dioptries [2]. L'association à des palissades augmenterait ce risque d'un facteur 2 à 3. Malgré ces constatations, il n'est plus proposé aux patients myopes sans antécédent de DR de réaliser un cerclage laser prophylactique.

2. La chirurgie de la cataracte

La chirurgie de la cataracte augmente le risque de DR par un facteur 3,87 mais cette valeur passe à 5,22 chez les patients âgés de 40 à 54 ans et à 6,12 chez les myopes > -6 dioptries [3]. Ce risque persiste toute la vie et augmente après capsulotomie au Yag. Malgré ces constatations, il n'est plus admis de réaliser de cerclage préventif avant opération de la cataracte surtout en l'absence de lésion.

Périphérie du myope fort : qui dois-je traiter ?

3. La vitrectomie

La vitrectomie 23-25-27 G est un facteur de risque de DR de 1 à 3 %. Le traitement prophylactique au laser a fait l'objet de plusieurs études qui n'ont pas confirmé son intérêt. La vitrectomie pour chirurgie maculaire n'est plus une indication de cerclage laser préventif préopératoire ni postopératoire.

4. La chirurgie réfractive pour myopie

L'extraction du cristallin clair chez le myope fort induit un risque de DR de 8 % sur une période de 7 ans. De ce fait, l'intervention est déconseillée en l'absence de cataracte. La chirurgie additive en chambre antérieure induit un risque de DR de l'ordre de 1 % alors que la chirurgie cornéenne ne présenterait pas de risque spécifique. La chirurgie réfractive ne constitue pas une indication de cerclage préventif du DR.

5. Les antécédents de DR

Le risque de DR de l'œil adelphe est en moyenne de 12 % [4]. La prévention sur l'œil controlatéral est à considérer en cas d'échec du traitement sur le premier œil ainsi qu'en cas de déchirure géante ou d'hérédo-dégénérescence vitréorétinienne. Chez les patients porteurs de maladie de Wagner ou de syndrome de Stickler, le risque de bilatéralisation du DR est de 50 % même en l'absence de lésions visibles.

Quelles sont les lésions visibles prédisposantes ?

1. Le blanc sans pression

Il s'agit d'une lésion légèrement surélevée en bandes de l'ora à l'équateur asso-

ciée au givre diffus ou au rétinischisis. Elle peut être le siège de trous ronds atrophiques et se compliquer d'un DR. Elle ne constitue plus une indication de prévention laser.

2. La dégénérescence palissadique

Les palissades sont retrouvées chez 30 à 40 % des yeux présentant un DR, et dans 5 à 10 % de la population, elles sont bilatérales et souvent symétriques. La myopie est un facteur favorisant la présence de palissades avec une fréquence de 10 % chez les yeux de plus de 26 mm et de 20 % chez les yeux de plus de 30 mm. Les déhiscences rétinienues et les décollements de rétine ne surviennent que chez de 1 % des patients ayant une dégénérescence palissadique. Les patients ayant présenté un décollement de rétine associé à une dégénérescence palissadique ont un risque de 10 % de présenter un décollement de rétine de l'œil adelphe [5]. Les déhiscences peuvent survenir à distance des palissades, ce qui explique l'intérêt limité de la prévention laser même en présence de lésions étendues de la périphérie. En pratique, elle ne sera envisagée que dans les yeux phaqes adelphes d'un DR ou chez les patients présentant une hérédodégénérescence de type Wagner ou Stickler [1].

3. Les trous ronds atrophiques

Les trous rétinienus d'origine trophique ne se compliquent que rarement de décollement de rétine et ne nécessitent pas de traitement préventif systématique. Ces trous asymptomatiques ne nécessitent aucun traitement si la longueur axiale du globe est inférieure à 26 mm. En revanche, un traitement peut être proposé en présence d'un décollement de rétine de plus de 1,5 diamètre

I JIFRO – Myopie forte

papillaire, sans remaniements pigmentaires associés, même si le patient est asymptomatique.

4. Les dialyses à l'ora

Elles siègent dans le secteur temporel inférieur chez des sujets jeunes. En l'absence de pigmentation spontanée, elles peuvent bénéficier d'une photocoagulation laser préventive ou d'une cryoindentation afin de prévenir la constitution d'un DR lentement évolutif, caractérisé par la présence de plusieurs lignes de démarcation. Elles sont volontiers bilatérales et symétriques, le vitré n'est pas décollé et le pronostic chirurgical habituellement favorable.

5. Les déchirures rétinienne

Les déchirures symptomatiques se produisent lors du décollement postérieur du vitré, elles prédominent dans le quadrant temporel supérieur. La traction vitréenne sur un vaisseau peut être responsable d'une hémorragie.

Elles se manifestent par des photopsies ou des corps flottants, et doivent être traitées au laser en raison du risque d'évolution spontanée vers un DR de 35 à 45 % [6].

Les déchirures rétinienne asymptomatiques présentes chez 3 % de la population sont associées à des modifications pigmentées qui correspondent à un mécanisme de guérison spontanée après décollement du vitré. Les déchirures asymptomatiques pigmentées ne nécessitent pas de traitement préventif [1].

6. Le rétinosischisis

C'est un clivage entre la rétine interne et externe au niveau de la plexiforme externe de siège habituel temporel inférieur. Dans 6 % des cas, il se complique de déchirures des feuillets internes et externes et évolue vers le décollement. Le traitement ne s'impose qu'en présence d'un décollement de rétine mais le barrage laser est déconseillé, car inef-

ficace à stopper la progression compte tenu de son action limitée aux couches externes de la rétine [7].

■ Quelles lésions faut-il traiter ?

1. Les déchirures symptomatiques

L'existence d'une déchirure à lambeau avec traction vitréorétinienne symptomatique présente un risque de DR de l'ordre de 35 à 45 %. Le traitement des déchirures symptomatiques est recommandé [1], la surveillance permettant de vérifier la formation d'une cicatrice chorioretinienne solide et de dépister, *a contrario*, l'apparition ou l'extension d'un soulèvement rétinien qui dépasse le barrage laser.

Le traitement laser est recommandé lorsqu'il est possible d'entourer la déchirure ou de l'exclure par un retour à l'ora. Si le soulèvement excède 2 diamètres papillaires, il sera préférable de pratiquer une cryoindentation.

2. Les déchirures géantes et dialyses à l'ora

Une déchirure géante ou une dialyse à l'ora sans décollement de rétine doivent bénéficier d'une photocoagulation laser et d'une surveillance tous les 6 mois pendant la première année.

En présence d'une déchirure géante idiopathique, plusieurs études recommandent la prophylaxie sur les yeux adelphe, le risque de DR étant supérieur à 50 % surtout chez les myopes de plus de 10 dioptries [8].

■ Quelle information pour le patient ?

En l'absence de preuve scientifique, la prophylaxie, le suivi et l'information seront adaptés à chaque patient.

La surveillance du fond d'œil du myope fort asymptomatique sans antécédents

se limite au FO en ophtalmoscopie indirecte ou en rétinographie grand champ. La découverte d'une lésion en l'absence de décollement postérieur du vitré permet d'informer le patient sur la notion de risque rhéomatogène et sur les symptômes qui doivent l'inciter à consulter. Cette information est la première démarche vers un diagnostic et une prise en charge rapide d'un éventuel décollement de rétine constitué.

Le traitement d'une déchirure symptomatique à lambeau est la seule situation dans laquelle le bénéfice du traitement laser est indiscutable.

BIBLIOGRAPHIE

1. WILKINSON CP. Evidence-based analysis of prophylactic treatment of asymptomatic retinal breaks and lattice degeneration. *Ophthalmology*, 2000;107:12-15
2. Risk factors for idiopathic rhegmatogenous retinal detachment. The Eye Disease Case-Control Study Group. *Am J Epidemiol*, 1993;137:749-757.
3. DAIEN V, LE PAPE A, HEVE D *et al*. Incidence, Risk Factors, and Impact of Age on Retinal Detachment after Cataract Surgery in France: A National Population Study. *Ophthalmology*, 2015;122:2179-2185.
4. HAUT J, MONIN C, DINER-NEDEY S *et al*. Prevention of bilateralization of idiopathic retinal detachment by treatment with argon laser. *J Fr Ophthalmol*, 1987;10:717-722.
5. FOLK JC, ARRINDELL EL, KLUGMAN MR. The fellow eye of patients with phakic lattice retinal detachment. *Ophthalmology*, 1989;96:72-79.
6. COFFEE RE, WESTFALL AC, DAVIS GH *et al*. Symptomatic posterior vitreous detachment and the incidence of delayed retinal breaks: case series and meta-analysis. *Am J Ophthalmol*, 2007;144:409-413.
7. BYER NE. Perspectives on the management of the complications of senile retinosischisis. *Eye*, 2002;16:359-364.
8. RIPANDELLI G, ROSSI T, CACCIAMANI A *et al*. Laser prophylactic treatment of the fellow eye in giant retinal tears: Long-Term Follow-up. *Retina*, 2016;36:962-966.

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