

JIFRO – Myopie forte



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

Décollement de rétine chronique du myope : faut-il opérer ?

Le décollement de rétine chronique du myope fort est habituellement asymptomatique. De découverte fortuite, il est identifié par son rythme d'évolution et à la présence de lignes de pigmentation spontanée. Il ne constitue pas une urgence thérapeutique, ni une indication systématique d'intervention chirurgicale. Le traitement se discute au cas par cas selon l'aspect anatomique, les antécédents du patient ainsi que l'expérience du chirurgien. La cryoindentation reste la technique chirurgicale à privilégier en cas d'intervention [1].

Deux circonstances de découverte sont possibles :

– le décollement asymptomatique unilatéral ou bilatéral objectivé lors de l'examen systématique de la périphérie d'un myope fort ou d'un ancien prématuré et peut être simplement surveillé [2] (*fig. 1*). Il présente un faible risque de complication à court ou moyen terme ;



Fig. 1 : DR temporal inférieur avec ligne pigmentée unique témoignant de la chronicité. Une simple surveillance est possible.

– le décollement asymptomatique découvert au niveau de l'œil adelphe d'un patient pris en charge pour un décollement étendu du premier œil. Cette forme clinique présente à l'inverse un risque élevé d'extension rapide à la macula et elle doit être traitée.

Il convient de confirmer la chronicité du décollement par l'absence d'évolution entre 2 examens espacés de 3 à 6 mois, la présence de cordages sous-rétiniens avec une seule ligne de démarcation témoignant de l'absence de progression ainsi que l'existence de kystes intrarétiniens et/ou des néovaisseaux sur la couche interne de la rétine.

Il faut rechercher l'origine rhégnatogène du décollement

Les trous ronds atrophiques sont la cause la plus fréquente de décollement asymptomatique associé à un vitré non décollé. En l'absence de déchirure visible, il faut rechercher une dialyse à l'*ora serrata* en examinant la périphérie rétinienne avec un indentateur scléral. La dialyse se situe fréquemment dans la périphérie temporelle inférieure (*fig. 2*).

Plus rarement, on retrouve une déchirure à lambeau avec pigmentation choroïdienne spontanée des berges associée à une traction vitréenne.

L'abstention chirurgicale est habituelle :

– en cas de découverte fortuite chez un patient asymptomatique, jeune, paqua



Fig. 2 : Dialyses temporales inférieures à bords légèrement soulevés.

sans antécédents personnels ni familiaux de décollement ;

– devant un décollement limité à la périphérie équatoriale inférieure et ne soulevant pas l'arc vasculaire temporal inférieur associé à des trous ronds multiples rétroéquatoriaux ;

– en présence d'une ligne de pigmentation dense et unique témoignant de l'absence de progression [3] ;

– en l'absence de déchirure visible ou lorsque la déchirure est difficilement indentable compte tenu de sa localisation.

Les éléments cliniques en faveur de l'intervention sont :

– la présence d'un décollement symptomatique avec corps flottants et amputation du champ visuel ;

– l'existence d'une déchirure à lambeau à bords non pigmentés ;

– la présence de lignes de pigmentation multiples témoignant d'une progression

JIFRO – Myopie forte



Fig. 3 : DR évolutif étendu à la macula. On note la présence de plusieurs lignes de barrage successivement franchies. L'intervention doit être envisagée.

du décollement vers le pôle postérieur (**fig. 3**).

– l'existence d'un décollement de l'œil adelphe ou d'antécédents familiaux de décollement.

Quel type d'intervention faut-il privilégier ?

Une photocoagulation d'une déchirure dont le soulèvement des bords est

inférieur à 2 diamètres papillaires reste conseillée en particulier s'il est possible d'entourer la déchirure par trois rangées d'impacts laser. La photocoagulation peut également se limiter à la berge postérieure d'une dialyse à l'ora. Dans les autres cas où le décollement est plus étendu, on réalisera une cryoindentation des lésions rhégmato-gènes. La vitrectomie doit être évitée dans les yeux dont le vitré n'est pas décollé, en présence de lésions rétinogènes trous ronds ou dialyse.

Conclusion

Le décollement chronique n'est habituellement pas une urgence chirurgicale. Il convient d'évaluer le rapport bénéfice/risque de la chirurgie avant de poser une indication chirurgicale et d'informer les patients non opérés des signes cliniques qui doivent les conduire à consulter rapidement.

BIBLIOGRAPHIE

1. BONNET M, URRETS-ZAVALIA J. Retinal detachment caused by small tears in the equatorial region of the retina. *J Fr Ophthalmol*, 1986;9:615-624.
2. BYER NE. What happens to untreated asymptomatic retinal breaks, and are they affected by posterior vitreous detachment? *Ophthalmology*, 1998;105:1045-1049; discussion 9-50.
3. BYER NE. Subclinical retinal detachment resulting from asymptomatic retinal breaks: prognosis for progression and regression. *Ophthalmology*, 2001;108:1499-1503;discussion 503-4.

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