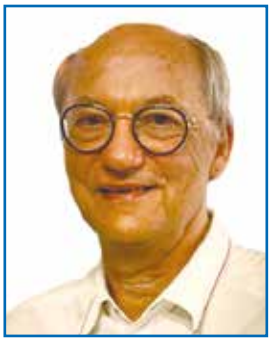
Le dossier – Décollement de rétine

Attitude pratique face à un décollement de rétine chronique inférieur

RÉSUMÉ : Le décollement de rétine (DR) chronique est fréquemment asymptomatique. De découverte fortuite, il est identifié par son rythme d'évolution et par la migration de pigment sous la rétine et dans le vitré. 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, l'identification d'une déhiscence, les antécédents du patient ainsi que l'expérience du chirurgien. La cryoindentation reste la technique chirurgicale à privilégier en cas d'intervention [1]**.**

Défini en 1987 par Schepens, comme "*un décollement de la rétine si périphérique et si plat qu'il ne provoque pas de modifications du champ visuel ni de l'acuité visuelle*", le décollement de rétine chronique inférieur représente une sous-catégorie distincte de décollement de la rétine.



J.-P. BERROD
Service d'Ophtalmologie, CHU de Nancy-Brabois, VANDŒUVRE-LES-NANCY.

Circonstances diagnostiques

1. Décollement chronique inférieur asymptomatique (***fig. 1, 4***)

Il est de découverte fortuite au cours de l'examen du fond d'œil d'un patient le plus souvent myope, lors d'un examen d'aptitude professionnelle ou sportive. Chez certains patients, il est bilatéral et symétrique. Il peut également être dépisté sur un cliché rétinographique grand champ réalisé à titre systématique. Il présente un faible risque de complication à court ou moyen terme et doit être différencié des deux formes décrites ci-dessous [2-3].

2. Décollement chronique inférieur chez un patient ayant été traité au laser ou opéré de la rétine (***fig. 2***)

Il s'agit soit d'une insuffisance du traitement préventif, soit d'une récidive à bas bruit du décollement à partir d'une déhiscence secondaire. Il est souvent symptomatique et présente un risque d'extension à la macula. Il doit être

Fig. 1 : Décollement de rétine par trou rond atrophique, temporal inférieur asymptomatique, de découverte fortuite chez une patiente de 25 ans myope de –8 dioptries. Indication de surveillance.

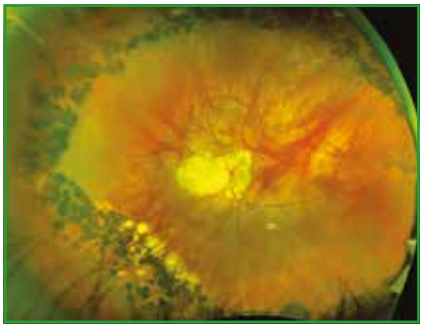


Fig. 2 : Décollement de rétine inférieur chronique chez un patient pseudophaque avec longueur axiale à 28 mm opéré il y a 2 ans par vitrectomie. Acuité 5/10, pas de déhiscence visible, le patient est suivi en attendant le soulèvement maculaire.

Le dossier – Décollement de rétine

surveillé étroitement et opéré en cas d'aggravation.

3. Décollement inférieur découvert au niveau de l'œil adelphe d'un patient opéré d'un décollement (*fig. 3*)

Asymptomatique lors de sa découverte, il ne constitue toutefois pas un décollement chronique typique. Cette forme présente un risque élevé d'extension à la macula et doit être traitée dans les meilleurs délais.

Conduite à tenir dans les DR chroniques inférieurs asymptomatiques

1. Rechercher l'absence d'amputation du champ visuel

L'examen clinique recherche l'absence d'amputation du champ visuel et précise l'acuité. Le fond d'œil objective les limites du décollement par rapport aux méridiens de 3 heures et 9 heures ainsi que l'étendue postérieure du décollement qui ne dépasse pas l'équateur. Il convient de rechercher une dégénérescence givrée ou palissadique et des signes évocateurs d'une pathologie associée : uvéite chronique, vasculopathie ischémique ou exsudative compliquée de décollement.

2. Préciser l'origine rhegmatogène du décollement

Les trous ronds atrophiques associés à un vitré non décollé sont la cause la plus fréquente de décollement asymptomatique (***fig. 1, 4***). En l'absence de déhiscence 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 temporale inférieure (***fig. 3***). Plus rarement, on retrouve une déchirure à lambeau avec pigmentation choroïdienne spontanée associée à une traction vitréenne.

3. Confirmer la chronicité

La chronicité est confirmée par l'absence d'extension du décollement entre plusieurs examens. La présence de cordages sous-rétiniens avec une seule ligne de démarcation témoigne de l'absence de progression. Un suivi précis est facilité par la rétinographie grand champ complétée par un OCT passant par la limite du décollement. Le contrôle mensuel puis trimestriel est étendu à 6 mois, puis tous les ans en prévenant le patient de consulter sans délai en cas d'apparition de symptômes visuels entre deux examens.

4. Éliminer un rétinoschisis

Qu'il soit plan ou bulleux, le rétinoschisis ne nécessite pas de traitement chirurgical en dehors d'une complication exceptionnelle comme l'extension maculaire ou le décollement de rétine.

Le diagnostic évoqué en biomicroscopie sur le niveau du clivage est confirmé par l'OCT passant par la limite du décollement. Le clivage se faisant entre l'épithélium pigmentaire et les photorécepteurs en cas de décollement de rétine alors qu'il est localisé au niveau de la couche plexiforme interne et/ou externe dans les rétinoschisis (***fig. 5***) [4].

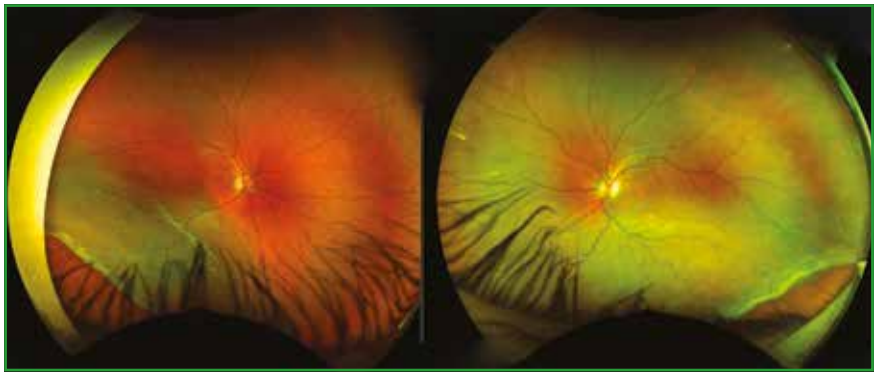


Fig. 3 : Patient de 17 ans consultant pour une baisse d'acuité visuelle (BAV) de l'œil droit par dialyse étendue à la macula ; l'examen de l'œil gauche révèle une dialyse avec décollement de rétine asymptomatique. Les deux yeux seront traités en urgence.

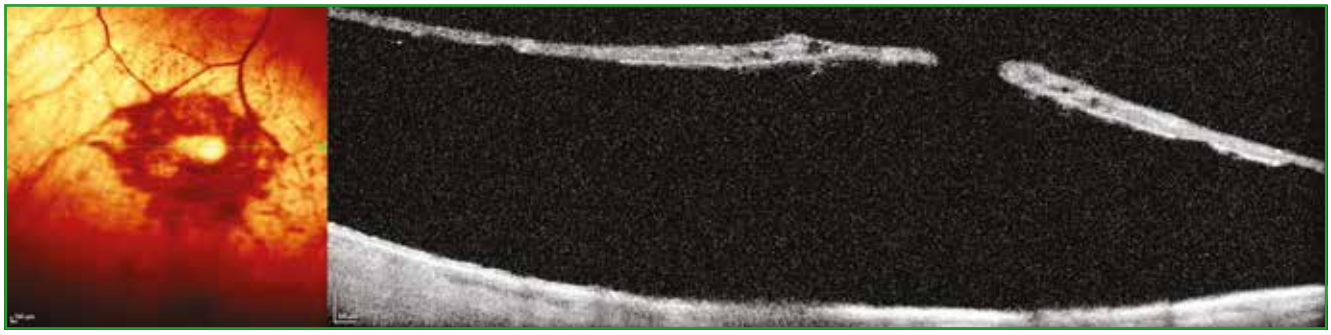


Fig. 4 : Examen OCT (tomographie à cohérence optique) correspondant au patient de la **figure 1** passant par le trou rond atrophique, confirmant le décollement rétinien rhegmatogène.

Le dossier – Décollement de rétine

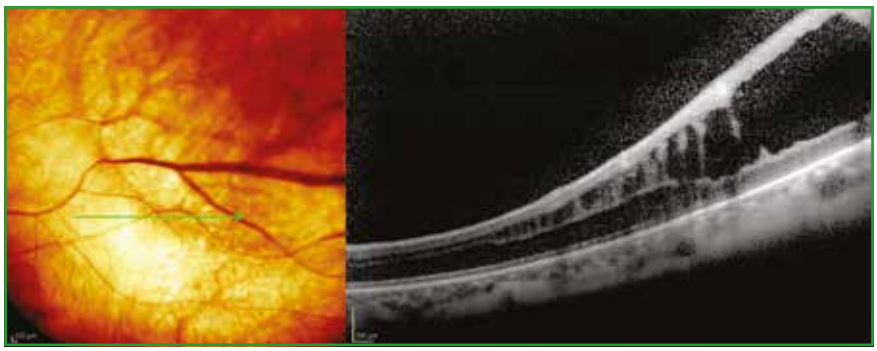


Fig. 5 : OCT permettant de confirmer le diagnostic de rétinoschisis en raison du clivage de la couche nucléaire interne.

5. Éliminer un décollement non rhegmatogène tractionnel ou exsudatif

Les décollements de rétine inférieurs chroniques peuvent également être présents dans les pathologies inflammatoires telles que la sclérite postérieure, les pars planites, le syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada. L'épithéliopathie rétinienne diffuse qui peut, dans de rares cas, se manifester par un décollement rétinien étendu. Les causes vasculaires exsudatives sont la maladie de Von Hippel-Lindau, la drépanocytose et les vitréorétinopathies exsudatives familiales. Les décollements inflammatoires et exsudatifs répondent au traitement de la pathologie sous-jacente et ne nécessitent pas de chirurgie en urgence. Le diagnostic parfois difficile est confirmé sur l'OCT, les clichés en autofluorescence et l'angiographie.

Prise en charge et traitement

1. Éléments cliniques en faveur d'une simple surveillance

– une découverte fortuite chez un patient asymptomatique, jeune, phaque, sans antécédents personnels ni familiaux de décollement ;
– la présence d'un décollement limité à la périphérie et ne soulevant pas l'arc vasculaire temporal inférieur associé à des trous ronds multiples rétroéquatoriaux ;
– la présence d'une ligne de pigmentation dense et unique témoignant de l'absence de progression (***fig. 6***) [3] ;
– l'absence de déhiscence visible ou une déhiscence difficilement indentable compte tenu de sa localisation.

2. Éléments cliniques en faveur d'une intervention

– une extension du décollement vers le pôle postérieur objectivée sur plusieurs examens successifs ;
– 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 plusieurs lignes de pigmentation témoignant d'une progression du décollement vers le pôle postérieur (***fig. 3***) ;
– l'existence d'un décollement de l'œil adelphe ou d'antécédents familiaux de décollement par vitréorétinopathie (***fig. 7***).

3. Quel type d'intervention faut-il privilégier ?

Une photocoagulation d'une déchirure dont le soulèvement des bords est inférieur à 2 diamètres papillaires est suffisante s'il est possible d'entourer la déhiscence 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 rhegmatogènes. La vitrectomie doit être évitée en présence de lésions rétinogènes par trous ronds ou de dialyse dans les yeux dont le vitré n'est pas décollé [5-6].

Fig. 6 : Décollement chronique fixé avec forte prolifération de l'épithélium pigmentaire et cordon de prolifération sous-rétinienne. Cette forme d'allure ancienne paraît peu évolutive et sera surveillée.

Fig. 7 : Décollement de rétine asymptomatique découvert fortuitement chez une adolescente de 15 ans porteuse de la maladie de Stickler. Une cryoindentation de plusieurs trous ronds sera réalisée rapidement.

Conclusion

Le décollement chronique inférieur n'est pas une urgence chirurgicale lorsqu'il est asymptomatique. Il convient d'évaluer le rapport bénéfice/risque de la chirurgie avant de poser une indication opératoire 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 Ophtalmol*, 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 1049-1050.
3. Byer NE. Subclinical retinal detachment resulting from asymptomatic retinal breaks: prognosis for progression and regression. *Ophthalmology*, 2001;108:1499-1503;discussion 1503-1504.
4. Eibenberger K, Sacu S, Rezar-Dreindl S *et al.* Monitoring retinoschisis and non-acute retinal detachment by optical coherence tomography: morphologic aspects and clinical impact. *Acta Ophthalmol*, 2017;95: 710-716.
5. Koçak N, Kaya M, Öztürk T *et al.* Demarcation laser photocoagulation for subclinical retinal detachment: can progression to retinal detachment be prevented? *Turk J Ophthalmol*, 2019; 49:342-346.
6. Wilkinson CP, Cohrane Eyes and Vision Group. Interventions for asymptomatic retinal breaks and lattice degeneration for preventing retinal detachment. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014;2014:CD003170.

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