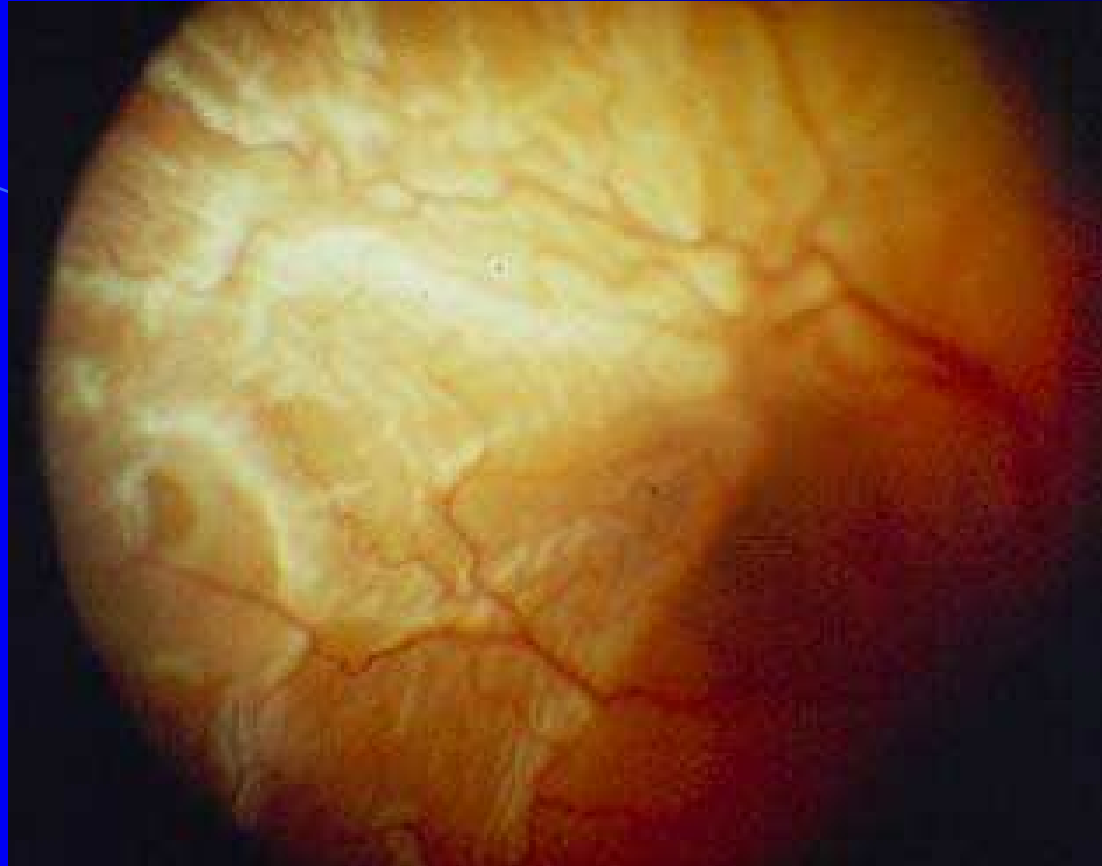


DÉCOLLEMENT DE RÉTINE



S. POMMIER



Ref: **Pr Philippe Gain**

DÉFINITION

- **urgence ophtalmologique relative**
- opéré généralement dans les 24 à 48 heures
- relativement rare (un ophtalmologiste en cabinet en voit 1 ou 2 par an)
- **clivage entre l'épithélium pigmenté et la rétine neuro-sensorielle**
 - couche des photorécepteurs cônes/bâtonnets
 - 2 couches de neurones bipolaires et ganglionnaires sus-jacents
- dédoublement " intra-rétinien " plus que d'un véritable décollement " rétinien " (DR).
- *plus le décollement dure longtemps, plus les photorécepteurs vont dégénérer donc plus les risques de séquelles seront grands d'où l'urgence diagnostique relative.*

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

- Le point de départ: presque toujours une déchiscence dans la rétine neuro-sensorielle
- déchiscence liée à une contraction du gel vitréen :
" décollement postérieur du vitré "
 - liée à l'âge
 - certains facteurs de risques
 - myopie, trauma, opération de cataracte
 - adhère de façon physiologique à la rétine périphérique
 - provoque une (ou plusieurs) **déchiscence d'abord sans décollement.**
- Si on fait le diagnostic de déchiscence, alors que la rétine est encore non décollée,
 - **traitement préventif par le Laser Argon.**
- très important en particulier dans les populations à risque de DR

- Puis la traction du vitré se poursuit et le **décollement " rétinien " proprement dit survient**
- La zone de rétine décollée ne fonctionne plus
- le sujet perçoit alors un scotome (voile noir ou gris noir dans le champ visuel diamétralement opposé à la rétine décollée)
- Progressivement, les photorécepteurs vont s'altérer (après plusieurs jours)
- perte inéluctable d'acuité visuelle, surtout si le DR a soulevé la macula de façon prolongée.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

- DR par déhiscence (99 % des cas) :
- parfois multiples (3,4 ,5 ...)
- petite taille
- à bien rechercher par un examen scrupuleux de la rétine au verre à 3 miroirs.
- 3 types de déhiscences
 - trous,
 - déchirures,
 - désinsertion de rétine (quasi pathognomonique des traumatismes)



facteurs favorisants

- âge avancé ++ :
 - plus l'âge avance, plus les DR sont fréquents.
 - l'enfant (rare mais existe, penser au syndrome des enfants battus), l'adulte, souvent myope,
 - le sujet âgé, souvent pseudophake...
- ATCD familiaux de DR :
 - souvent par le fait que la myopie est familiale
- kystes congénitaux de la rétine :
 - rétinoschisis (rares) pouvant évoluer en décollement rétinien
1 fois sur 100

● traumatisme oculaire :

- en cas de **contusion**,
 - traumatisme direct et violent, risque faible
 - La désinsertion est pathognomonique des contusions.
- en cas de **perforation** (sans ou avec CEIO),
 - risque très important (de l'ordre de 20%).
 - risque de DR immédiat mais aussi tardif (plusieurs années voire dizaines d'années plus tard).
 - Intérêt médico-légal en cas de certificat (accident du travail, coups et blessures)

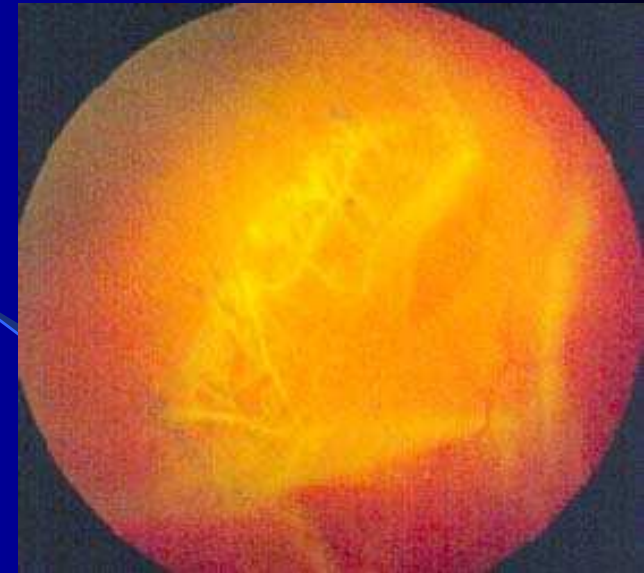
● aphakie ou pseudophakie +++ :

- tout opéré de cataracte (avec ou sans cristallin artificiel) présente un risque de DR (environ 3% dans les 10 ans qui suivent).
- accru (multiplié par 2) après laser YAG
- encore plus élevé si le sujet cumule les facteurs de risques : myopie préalable surtout.
- *A ce titre, tout opéré de cataracte doit être examiné une fois par an.*

● myopie +++ :

- toutes les myopies sont à risque (même les petites dites simples (< -3,00 dioptries).
- plus la myopie est forte, plus le risque augmente.
- vitré est pathologique plus liquide, donc ils font plus de décollement postérieur du vitré et plus jeunes (vers 40 ans plutôt qu'à 60 ans chez l'emmetrope)
- lésions de fragilité de la rétine périphérique qui favorisent les déhiscences.
- *nécessaire de pratiquer un examen une fois par an au verre à 3 miroirs à la recherche chez tout myope, surtout myope fort, au niveau de la recherche périphérique de lésions de fragilité de la rétine dont 2 sont à connaître*

- givre (points blancs)
- palissade (stries blanches)
- chercher aussi des déhiscences de rétine (trous et déchirures).
- Si on trouve des lésions de fragilité et / ou des déhiscences,
 - un traitement préventif par photocoagulation au laser à l'Argon avant que ne survienne le DR.
 - autour des lésions de fragilité
 - des déhiscences encore à plat,



DR sans déhiscence (1 % des cas)

DR "secondaire" :

- ***tumeur de la choroïde sous jacente***
 - mélanome malin (meilleur pronostic que sur la peau)
 - métastase de cancer du sein surtout chez la femme
 - pas de déhiscence,
 - DR fixe (moins mobile car la rétine est tendue par la tumeur sous jacente),
 - tumeur sous la rétine au V3M (le mélanome est marron-noir, la métas plutôt rouge).
 - **Le diagnostic est fait par 2 examens**
 - l'angiographie rétinienne qui imprègne la tumeur (masse très hyperfluorescente en général)
 - l'échographie oculaire bidimensionnelle (masse hyperéchogène, au dépend de la choroïde, située sous la rétine décollée).

- ***rétinopathie diabétique très évoluée (stade terminal de la maladie)***

- rétine rétractée par des vaisseaux anormaux (stade de rétinopathie diabétique proliférative).
- Pronostic de ce DR dit tractionnel effroyable.
- Même opéré (avec vitrectomie obligatoire pour relâcher les tractions),
 - réapplication seulement 1 fois sur 2
 - résultat fonctionnel médiocre de toute façon.
- prévenir par la photocoagulation de tous les territoires d'ischémie rétinienne au laser Argon.

DIAGNOSTIC POSITIF

- **phosphène** (éclair de lumière généralement bleuté)
 - dû à la déchirure de la rétine.
 - éclair fixe
 - toujours au même endroit
 - unique
 - persiste yeux fermés ou dans le noir.
 - D'autres phosphènes plus diffus, moins fixes, peuvent être perçus au moment de la survenue du décollement postérieur du vitré.
- **myodésopsies** (vision de mouches volantes ou pluie de suie)
 - dues à de petites déchirures hémorragiques intra rétiniennes
 - conséquences de la rupture d'un vaisseau sur le trajet de la déchirure.
 - Au maximum, tableau d'hémorragie totale du vitré
 - masquant alors le DR (fond d'oeil inexaminable).
 - ***Face à toute hémorragie du vitré, penser au DR et faire le FO. Si le FO est complètement inexaminable car trop "rouge", faire une écho B qui retrouvera le DR.***

- **scotome** (voile noir)

- du côté opposé au décollement (voile inférieur si DR supérieur)

- **baisse d'acuité visuelle :**

- DR atteint la macula,
- d'autant plus vite que le décollement est supérieur (à cause de la pesanteur).
- *Attention : un DR qui ne soulève pas la macula peut avoir encore 10/10.*

● évolution du DR

- inexorablement vers le décollement total (et la perte définitive de la vision)
- d'autant plus vite qu'il s'agit d'un décollement supérieur.
- décollements inférieurs: diagnostic plus tardif
 - voile noir est supérieur: pas gênant dans la vie courante,
 - évoluent moins vite à cause de la pesanteur.

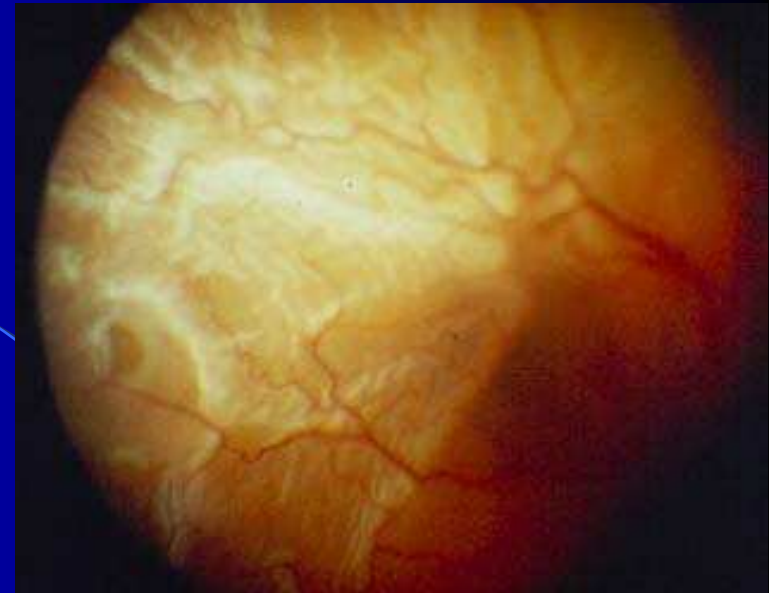
DIAGNOSTIC POSITIF

- **Signes physiques recueillis par l'examen du FO**
- **sur pupilles dilatées**
- **rarement des examens complémentaires**

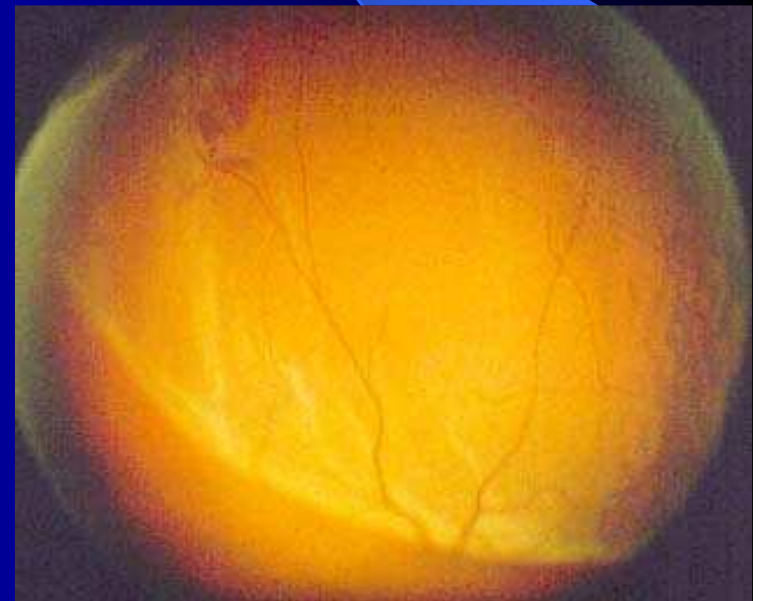
- ***ophtalmoscope :***
 - ***suffit pour le diagnostic en urgence***
 - Notez que l'œil reste blanc et indolore
- ***biomicroscopie (= lampe à fente)***
 - RAS au niveau du segment antérieur.
 - petit signe : la PIO peut être abaissée (<10 mm Hg)
- **V3M +++**

Verre à 3 Miroirs +++ : il permet 3 choses

- diagnostic de décollement
- localisation du décollement
- recherche des déchiscences
 - parfois multiples et minuscules
 - localisation (sur les méridiens horaires)

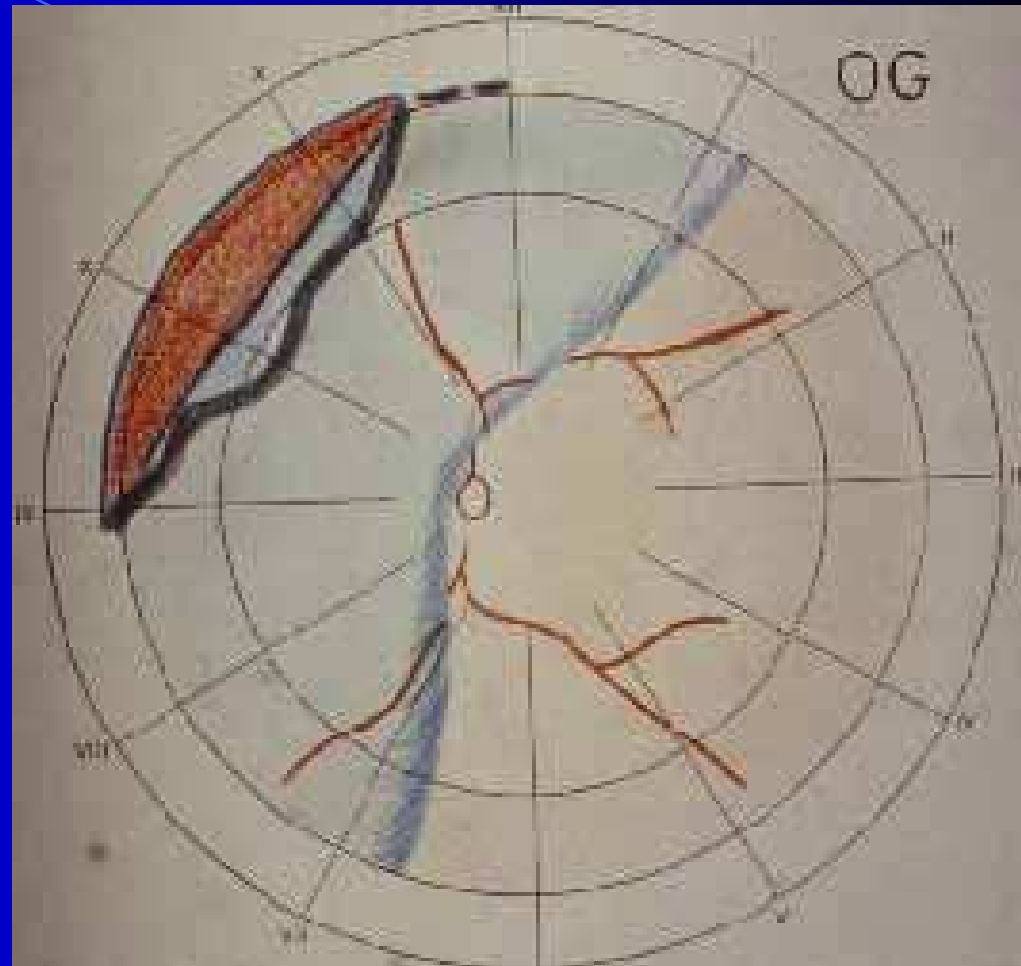


DR œil droit temporal supérieur avec déchirure à 9 heures,



DR œil droit en dôme supérieur avec 3 déchirures à 11 heures

- schéma précis
- guide lors de l'intervention chirurgicale

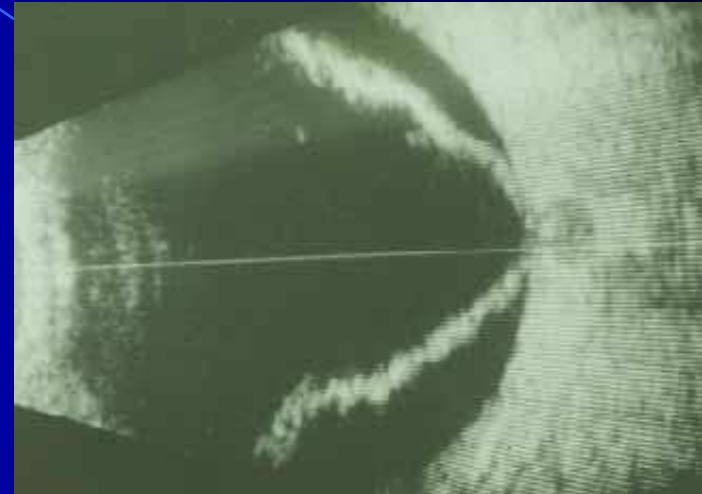


L'examen comme toujours en ophtalmologie doit être bilatéral

Rechercher sur l'autre oeil (dit " adelphe ") des lésions de fragilité ou des déhiscences.

examens complémentaires

- **plus souvent inutiles**
- sauf à but diagnostique **lorsque les milieux ne sont pas transparents**
 - hémorragie du vitré
 - cataracte
- **échographie bidimensionnelle**
- si doute sur un DR secondaire à une tumeur :
- **Angiographie rétinienne**
 - (masse hyperfluorescente)
 - et Écho B (masse hyper échogène sous la rétine)
- ou à but pronostic
- **ERG**
 - altéré si DR très étendu ou très ancien.



Évolution

- ***non opéré***

- Perte de l'acuité visuelle
- du champ visuel
- à plus ou moins brève échéance
- perte fonctionnelle de l'oeil obligatoire
- d'autant plus lente que le DR est inférieur.

- ***opéré***

- Favorable à l'heure actuelle
- rétine réappliquée 9 fois sur 10 si opérée dans un centre spécialisé
- *Le seul traitement est chirurgical sous anesthésie générale.*

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- **il n'y en a pas**

- si mouches volantes, éclair persistant, voile noir persistant, ou baisse d'acuité visuelle,
- consulter un ophtalmologiste en urgence
- éliminer un DR
 - examen méticuleux des 2 FO sur pupilles dilatées au V3M

- Cependant, on précise que tous ces symptômes peuvent être rencontrés ailleurs :

myodésopsies

- hémorragie du vitré
 - origine DR
 - **simple déchiscence sans DR**
- décollement postérieur du vitré
 - Déchiscences
 - parfois rien.
 - corps flottant banals
 - stables,
 - ne s'accroissent pas au fil du temps.
 - Un examen soigneux de la périphérie de la rétine permettra de rassurer le sujet.
 - Aucun traitement bien sûr pour ces corps flottants !

éclair lumineux : = phosphène

- déchirure rétinienne sans décollement
 - Laser préventif +++
- décollement postérieur du vitré :
 - tractions sur la rétine
 - phosphènes fugaces et multiples
 - examen soigneux de la périphérie de la rétine permettra de rassurer le sujet.
 - Aucun traitement bien sûr pour ces phosphènes !
- fonctionnels :
 - hypotension artérielle orthostatique

voile noir

- scotome d'une occlusion vasculaire
 - branche artérielle ou veineuse rétinienne.
 - FO rectifie le diagnostic.
- rarement scotome neurologique (quadranopsies et ses causes ...) :
 - FO est normal

baisse d'acuité visuelle rapide à œil blanc et indolore

- FO !
- DR reste une priorité à éliminer car urgent et curable ! (pas comme l'OACR !)

TRAITEMENT

Préventif +++ : CAPITAL

- C'est la **photocoagulation préventive au laser à l'Argon**
 - lésions de fragilité rétinienne
 - palissade et givre
 - des déchiscences rétiniennes
 - déchirures
 - trous
 - désinsertions
- avant que ne survienne le DR.

- Le laser en " brûlant " la rétine et la choroïde crée une cicatrice adhésive entre la rétine et la choroïde sous jacente.
- Il est fait sous AL (collyre anesthésique)
- à travers le V3M.
- On entoure les lésions par 3 rangées de spots jointifs (durée 10 à 20 min, peu douloureux)
- Point capital, le laser n'est possible que si ces lésions sont à plat !



Ce traitement intervient :

- soit à la suite d'un dépistage orienté, par le FO au verre à 3 miroirs régulier
 - tout myope (une fois tous les 2 ou 3 ans),
 - aphake ou pseudophake (une fois par an)
 - après trauma oculaire sévère (FO immédiat si possible, sinon après quelques semaines)
- soit devant un sujet consultant pour des symptômes pouvant révéler une déhiscence encore à plat
 - myodésopsies
 - phosphènes

TRAITEMENT

Curatif

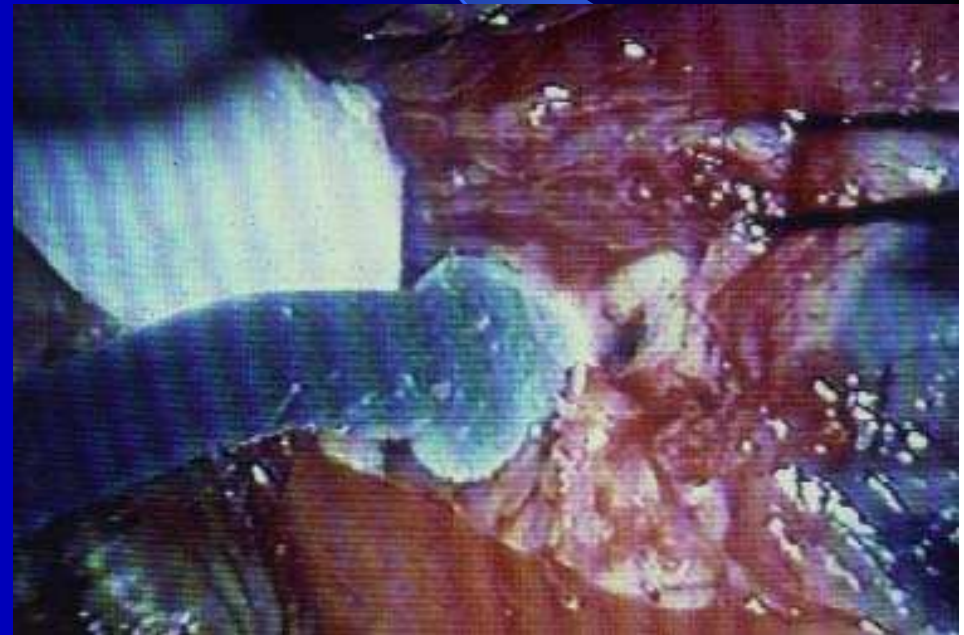
- *médical = 0*
- *laser = 0*
- *chirurgie = urgence relative chirurgicale ophtalmologique (surtout si DR supérieur à macula non encore décollée) avec 3 étapes*

Étape pré op :

- repos au lit assez strict
 - position opposée à la rétine décollée
 - exemple : pieds en l'air devant un DR supérieur
- on repère bien toutes les déchiscences pendant cette période de repos (souvent multiples et microscopiques)

Intervention chirurgicale sous AG avec 2 buts :

- créer une cicatrice adhésive entre rétine et choroïde au niveau des déchiscences
 - **cyroapplication**
 - on " congèle " avec une cryode (azote liquide) les déchiscences responsables du DR (même effet adhésif que le Laser)



- mettre la rétine à plat

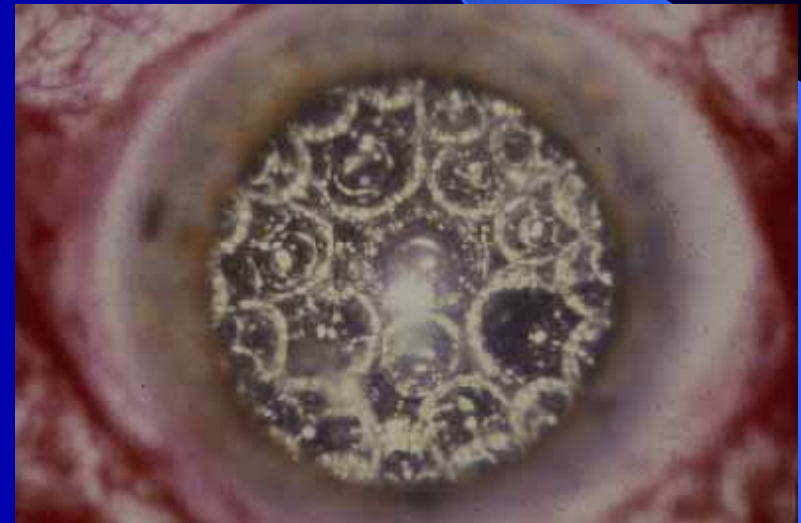
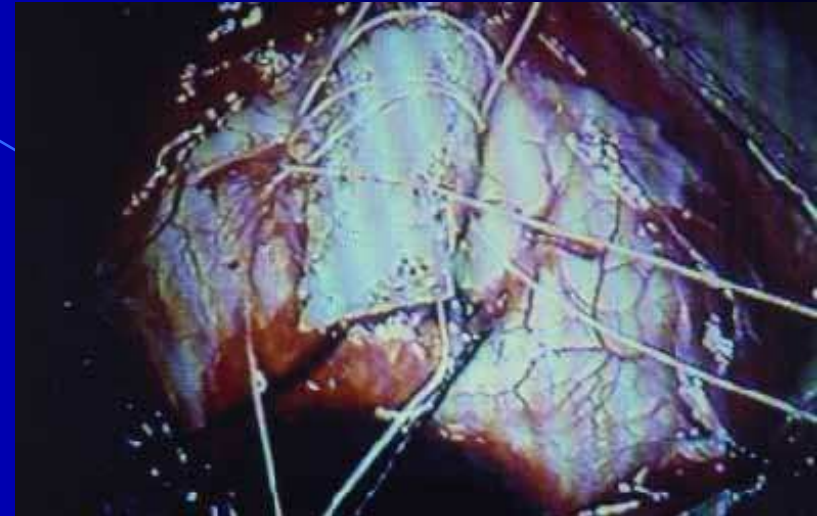
- l'amener au contact de la choroïde afin que les 2 feuillets puissent adhérer

- amener la sclère à la rétine
indentation épisclérale

- par des matériaux synthétiques comme des éponges de silicone sur la photo

- amener la rétine à la sclère

- par injection dans l'œil d'une **bulle de gaz expansif (photo)**.



La cicatrisation se fait ainsi en 3 semaines environ. Repos pendant ce temps avec arrêt d'activité physique de quelques semaines.

Étape post-op : le DR reste une pathologie grave

- quelques jours d'hospitalisation.
- résultat anatomique bon
 - 90 % de réapplication
- résultat fonctionnel moins bon
 - 60 % n'auront qu'une perte fonctionnelle limitée,
 - 30% une perte fonctionnelle sévère

Pronostic : il est fonction de

- l'ancienneté du DR
 - plus ancien, moins bon
- l'âge du malade
 - plus vieux, moins bon
- l'atteinte ou non de macula
 - macula décollée, moins bon

Risque de récurrence sur le même oeil ou l'autre :

- survenue de nouvelles déhiscences,
- toujours possibles (myopie évolutive).
- nécessité de surveillance du FO au V3M 1 fois par an chez tout opéré de DR
- avertir le sujet des 4 symptômes devant l'amener à reconsulter d'urgence :
 - myodésopsies,
 - phosphènes,
 - Scotome,
 - baisse d'acuité visuelle rapide.

- possibilité d'une rétraction de la rétine
 - secondaire à une rétraction (ratatinement sur lui-même) du vitré
 - pérennisant le décollement :
 - c'est la prolifération vitréo-rétinienne redoutable,
 - principale cause d'échec de nos jours malgré un traitement chirurgical initial bien conduit.

