



DECOLLEMENT DE RETINE DU  
MYOPE FORT  
PARTICULARITES CLINIQUES ET  
THERAPEUTIQUES

L. CHACHOUA

# INTRODUCTION:

- MF : modifications anat et physiol profondes du GO à l'origine de DR rhegmatogènes caractérisés par leur fréquence et leur gravité.
- Cette gravité : liée à plusieurs facteurs:
  - bilatéralité fréquente
  - survenue chez l'adulte jeune
  - difficulté du trt chirurgical
  - morbidité + importante que les DR du sujet non MF
- Les indications chirurgicales : type de DR ,  
importance MF  
csq structures du GO

# INTRODUCTION:

- L'augmentation de la LA,
- la liquéfaction du vitré ,
- La finesse et l'hypoadhésivité de la rétine

sont à l'origine des caractéristiques cliniques du DR MF:

- l'étendue du DR ( forte proportion DR maculaire)
- situation plus post des déchiscences et des types de déchirures:
  - déchirures larges et/ou multiples
  - déchirures géantes
  - trou maculaire
- 262 DR MF ( >-6 d)

## MATERIEL ET METHODE:

- Etude rétrospective: 262 patients DR MF ( $> -6$  d)
- Période : 5 ans ( 2005 à 2009 )
- Examen ophtal complet:
  - caractéristiques DR: siège et étendue
  - type , siège , nombre de déchiscences
  - état de la macula
  - stade de la PVR
  - œil adelphe
- L'indication opératoire : type et situation des déchiscences  
importance myopie  
stade PVR

## RESULTATS:

- Durant 5 ans : 1057 DR
- 262 DR MF ( $>-6$  d) soit 24,5 %
- Se répartissent comme suit :
  - 48 DR par trou maculaire soit 4,5%
  - 36 DR par déchirures géantes soit 3,4%
  - 178 DR par déchirures larges et/ou multiples soit 16,8%

## DR par déchirures larges et/ou multiples:

- 178 DR ( déch larges et / ou multiples)
- 108 hommes - 70 femmes
- Age moyen :  $46,5 \pm 12,2$  ans ( 9 à 72 ans)
- D° myopie : -6 à -30 d
- Macula soulevée : 128 cas ( 72%)
- Déhiscences : déchirures à clapet de grande taille parfois multiples : 52%
- déchirures para vasculaires post, des trous post noyés dans des zones d'atrophie chorio ret, dech inf
- PVR : B à C<sup>3</sup>

## DR par déchirures larges et/ou multiples:

- 64% ont été réappliqués après chirurgie conventionnelle ( ponction LSR, rétinopexie par cryo, indent épisclérale)
- vitrectomie de 1ère intention : 33 cas ( 18%)
  - tamponnement int gaz ( 19 cas)
  - huile silicone ( 14 cas )

# DR par déchirures larges et/ou multiples:

- Particularités cliniques et thérapeutiques:
  - DR MF : déchirures à clapet de grande taille , multi équat  
déchirures para vascul post  
trou post ( atrophie CR , palissade)  
PVR  
hémorragie du vitré  
décollement choroïdien

## DR par déchirures larges et/ou multiples:

- La prise en charge par voie externe doit être prudente:
  - L'état de la sclère conditionne chaque étape:
    - lors de la cryo: prévenir les effractions
    - indentations larges  $\parallel$  au limbe
    - passants scléreaux  $\parallel$  à l'indentation
    - ponction LSR: zone indentable
  - pas de vidange trop rapide
- La vitrectomie de 1ère intention svt réalisée:
  - vérifier la position du terminale d'infusion
  - instrumentation trop courte / longueur GO
  - pseudo DPV ( partiel , adhérence pathol )

## Décollement de rétine par déchirure géante:

- Forme peu fréquente mais particulièrement grave,
- 36 DR DG soit 3,4%
- D° myopie : -8 à -21 d
- PVR
- Chirurgie endoculaire dans tous les cas ,
  - 95% : tamponnement interne par huile de silicone
  - Plus de 75% de bons résultats
- Différents sujets de controverse :

# Décollement de rétine par déchirure géante:

- Différents sujets de controverse DR DG MF:
  - faut-il réaliser une indent° en complément de la vitrect ?
  - faut-il réaliser une phaco-exérèse systématique ?
  - faut-il réaliser une cryoappli des cornes de la déchissance ?
  - faut-il réaliser une rétinopéxie limitée aux bords de la déchissance ou une rétinopéxie circulaire ?
  - faut –il privilégier un tamponnement interne par gaz ou par huile de silicone ?
  - faut-il réaliser une prévention systématique et par quelle méthode sur l'œil adelphe ?

## Décollement de rétine par trou maculaire:

- Complication grave de la myopie forte qui engage le pc visuel d'un œil dont le PP est déjà altéré par l'HCE.
- 48 DR TM soit 4,5%
- 32 Femmes et 16 Hommes âgés de 27 à 62 ans
- D° myopie: -14 à -28 d
- 27 patients : DR TM sans déhiscence périph , sans PVR
- 21 patients : DR TM avec déhiscence périph : 11 cas  
avec PVR ( traction vitréenne) :10 cas
- Gr1 : inject° C3F8, vitrect-gaz et/ou silicone si récive  
Gr 2 : vitrect – gaz et/ou silicone + indentation

## Décollement de rétine par trou maculaire:

- Gr 1 : 11 réinterventions dont 4 vit-gaz }  
7 vit-silicone }
- Gr 2 : 6 vit – silicone – laser  
9 vit – silicone – cryo-indentation
- Au total : 22 / 48 rétines réappliquées l'ont été après utilisation de silicone

# Décollement de rétine par trou maculaire:

- Pathogénie DR TM :
  - tractions vitréo-rétiniennes
  - distension sclérale au niv du staphylome post
  - décollement par traction inverse
  - atrophie chorio-épithéliale
  - rôle mécanique tractionnel de O Inf sur le staphylome
- DR TM MF : syndrome de traction vitréo-maculaire  
OCT  
rétinoschisis tractionnel maculaire

# Décollement de rétine par trou maculaire:

- Le trt DR TM MF : sujet de débat
- Vit-gaz : résultats insuffisants
- Pelage incomplet du tissu épirétinien
- Différentes techniques pour faciliter le pelage
- Bleu trypan , vert d'indocyanine ( pb d'innocuité)
- Triamcinolone : visualise mieux les struct épirétiennes  
dissection plus complète
- Meilleurs résultats sans avoir recours à l'huile de silicone

# CONCLUSION

- Gravité particulière des DR MF du fait:
  - la taille importante des déchiscences,
  - leur multiplicité,
  - leur caractère postérieur,
  - les anomalies vitréennes majeures,
  - la présence d'une prolifération vitréorétinienne,
  - surviennent chez des sujets jeunes,
  - parfois déjà monophtalmes, l'autre œil perdu par DR,
  - la prise en charge est souvent délicate,
  - la chirurgie endoculaire décidée souvent en 1ère intention nécessite une grande prudence dans les indications opératoires et une grande rigueur technique.