

Le Fovéoschisis doit-il être opéré?

D. Gaucher

Myopie forte

14 et 15 juin
2013

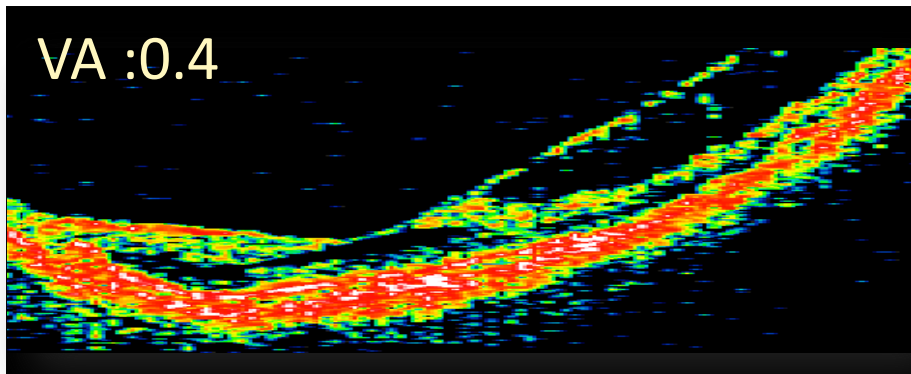


Introduction

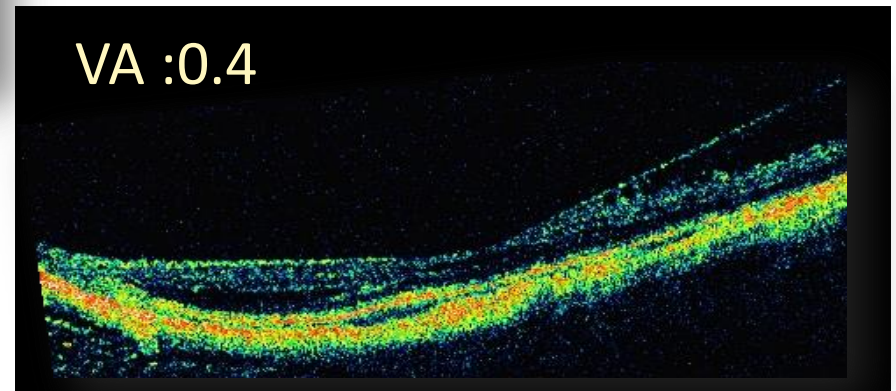
- Le fovéoschisis du myope fort est décrit et étudié depuis 15 ans
- Sa pathogénie est mieux connue
- Son traitement est chirurgical, mais les risques et les bénéfices d'une intervention chez le myope fort restent difficiles à évaluer
- L'indication opératoire n'est donc pas systématique, elle doit prendre en compte le risque opératoire, l'évolution de la maladie et la gêne du patient

EVOLUTION DU SCHISIS

- Le risque opératoire dépend de l'évolution du schisis
 - L'évolution naturelle du schisis est difficile à prévoir
 - Certains schisis ne progressent pas: **Risque d'opérer**



Après 4 ans de suivi...

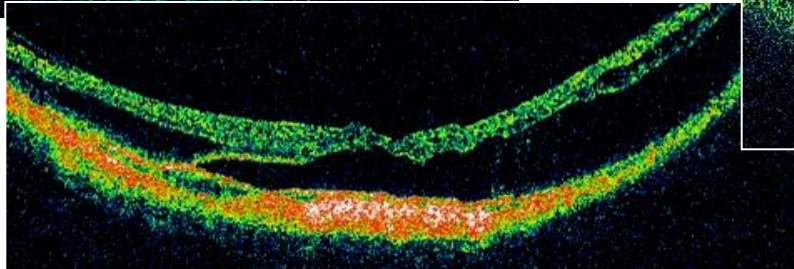
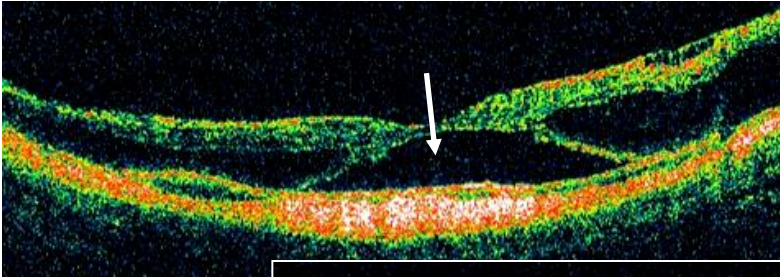


EVOLUTION DU SCHISIS

- D'autres progressent: **Risque de ne pas opérer!**

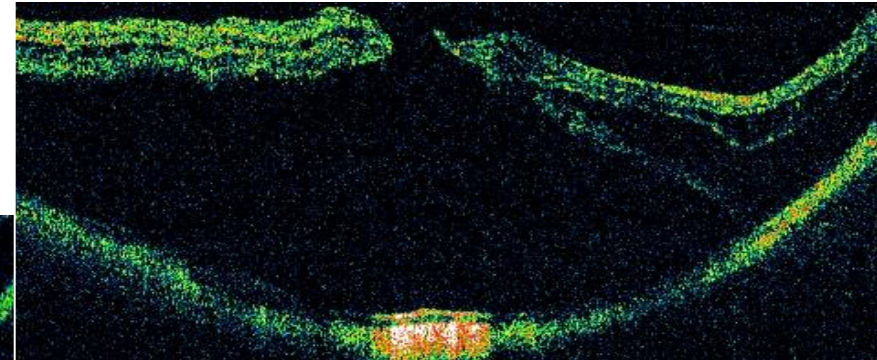
□ La présence d'un décollement fovéolaire favorise la survenue d'un TM, puis éventuellement d'un DR

Mai 2003



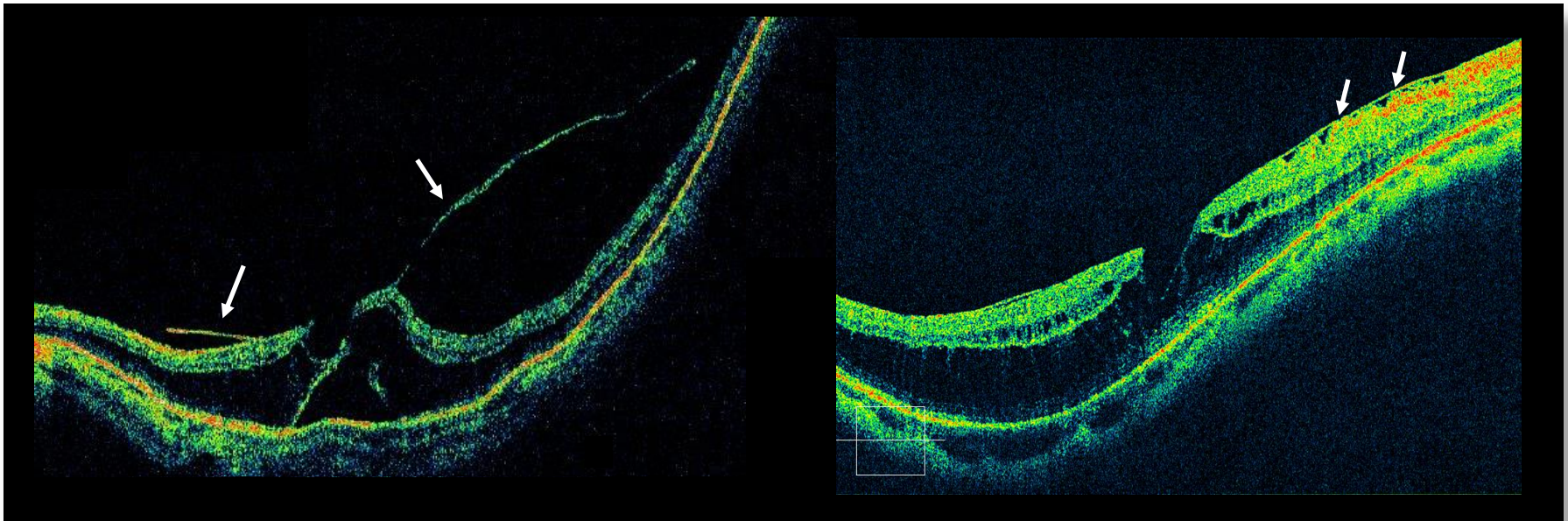
Aout 2003

Octobre 2003



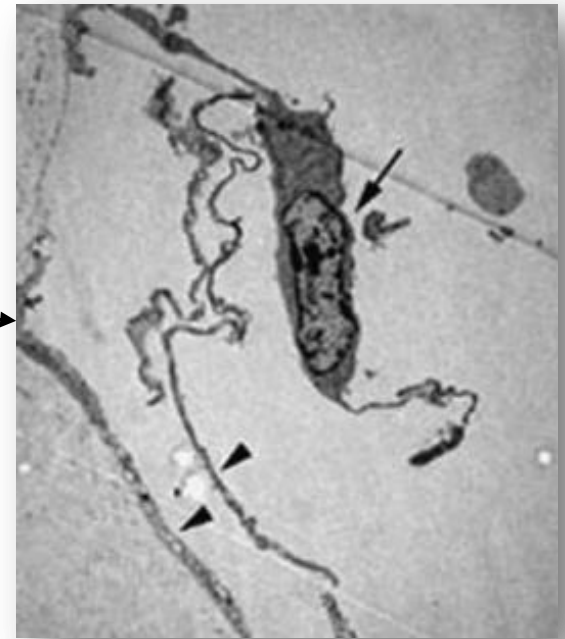
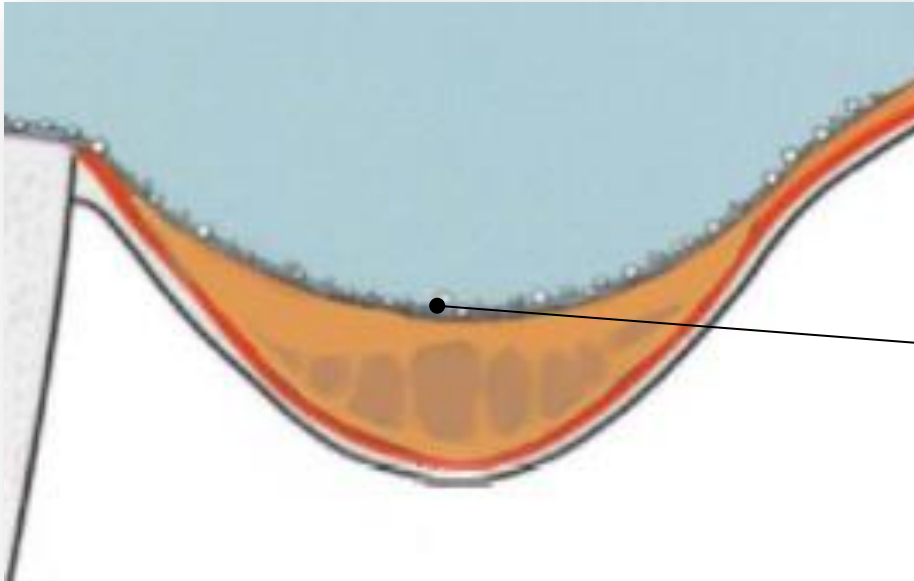
BENEFICES DE LA VITRECTOMIE

- La vitrectomie permet de supprimer les tractions vitréo-rétiniennes sur la rétine



- Les MEM et les TVM sont associés aux schisis évolutifs
- Présentes dans 40-50% des cas

BENEFICES DE LA VITRECTOMIE

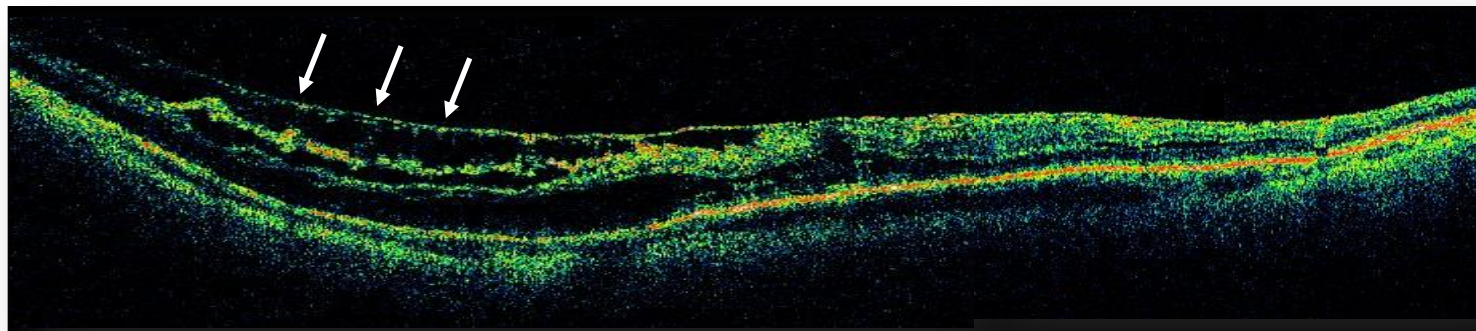


- Elle enlève les éléments fibrogliaux (collagène et fibroblastes) associés à la hyaloïde postérieure et à la limitante interne

Bando *AJO* 2005
Fang *Eye* 2009

- La limitante interne représente-t-elle une traction?

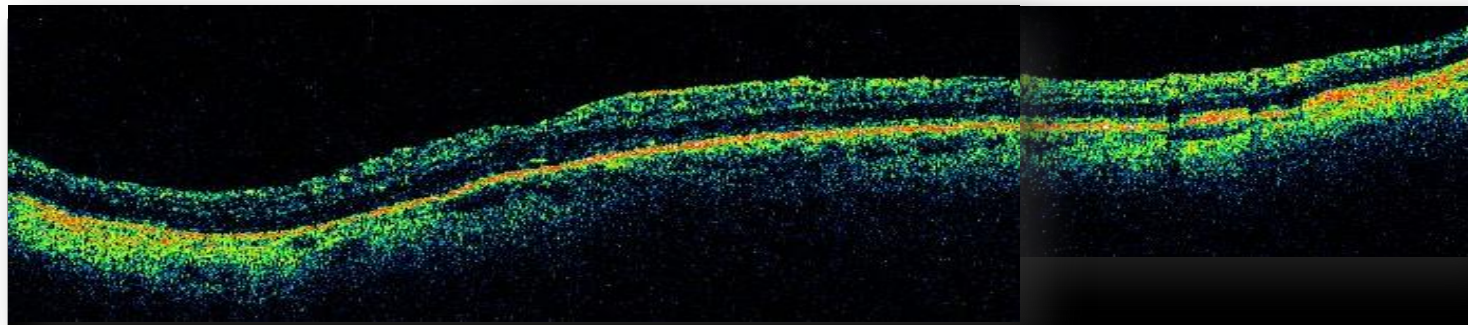
Décollement tractionnel de la limitante interne



- La limitante interne représente-il une traction?

PEUT ETRE:

- Bons résultats: de la chirurgie avec pelage de l'ILM
 - 40-70% de gain de 2 lignes dans plusieurs études
- Mais résultats similaires sans pelage dans d'autres...



Spaide *Retina* 2005

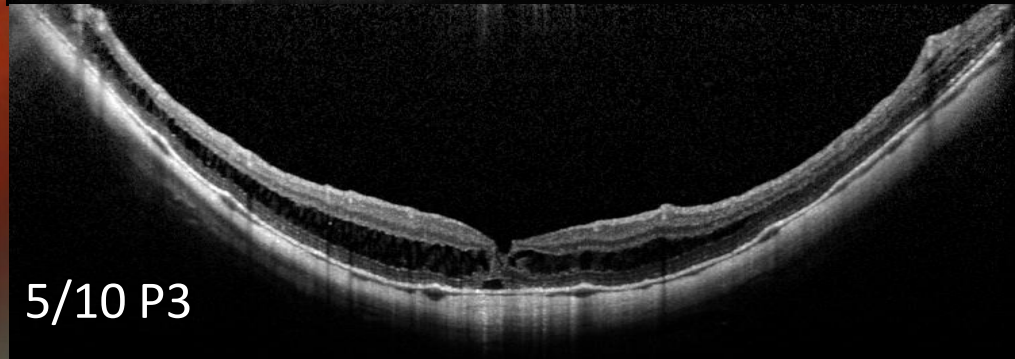
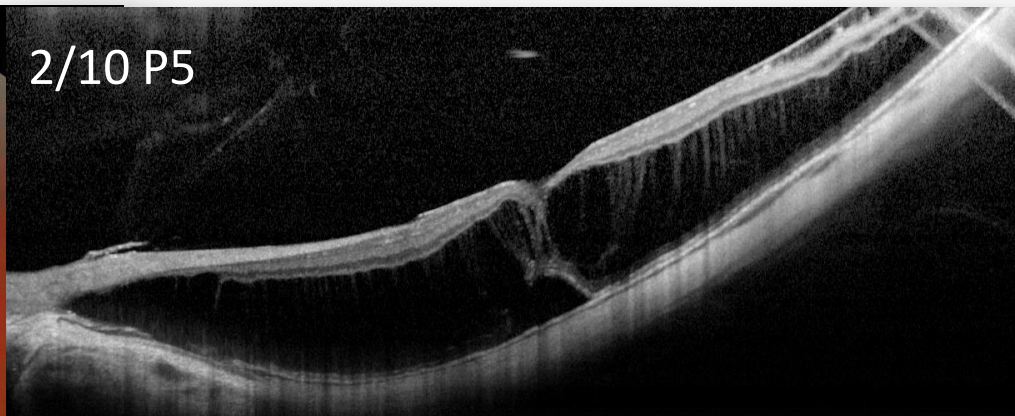
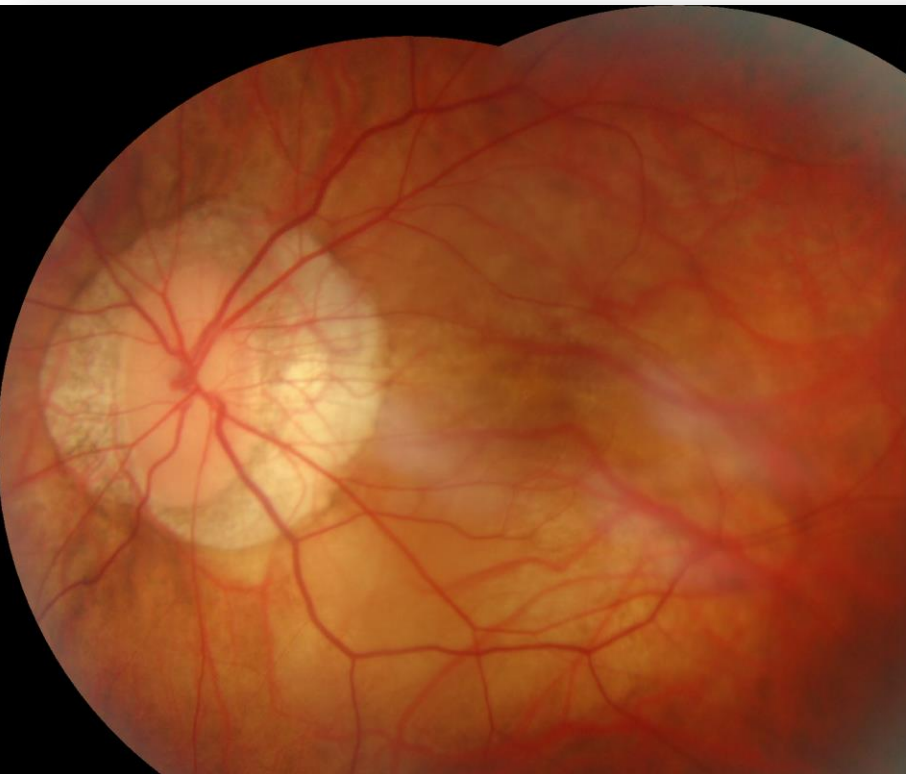
Panozzo *Arch Ophthalmol* 2007

Kumagai *Retina* 2010

BENEFICES DE LA VITRECTOMIE

- Prévient la progression vers le trou maculaire

□ La présence d'un décollement fovéolaire est de bon pronostic pour l'AV post opératoire



BENEFICES DE LA VITRECTOMIE

- La vitrectomie améliore souvent l'AV
 - gain d'AV ≥ 2 lignes 50% des yeux toutes études confondues
- Et l'anatomie
 - Disparition totale du schisis dans 40-95% des cas
 - Diminution du schisis dans le reste des cas

Kwock *BJO* 2005

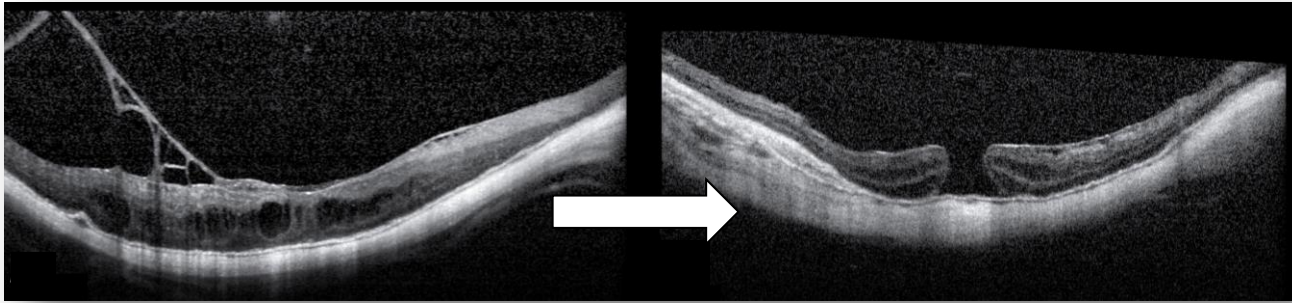
Panozzo *Arch Ophthalmol* 2007

Gaucher *AJO* 2007

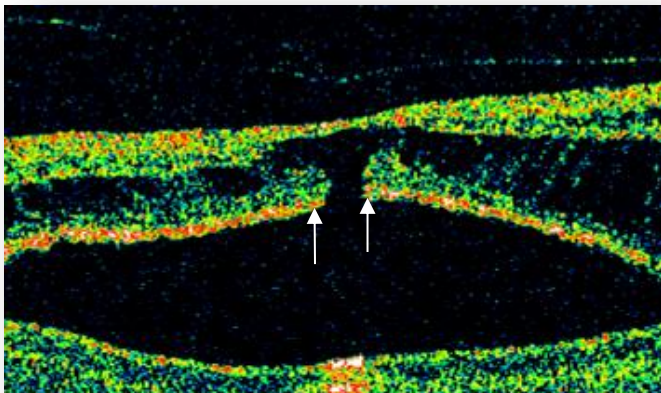
RISQUES DE LA VITRECTOMIE

- Survenue d'un trou maculaire

- Complication post opératoire rapportée dans 1-19% des cas!



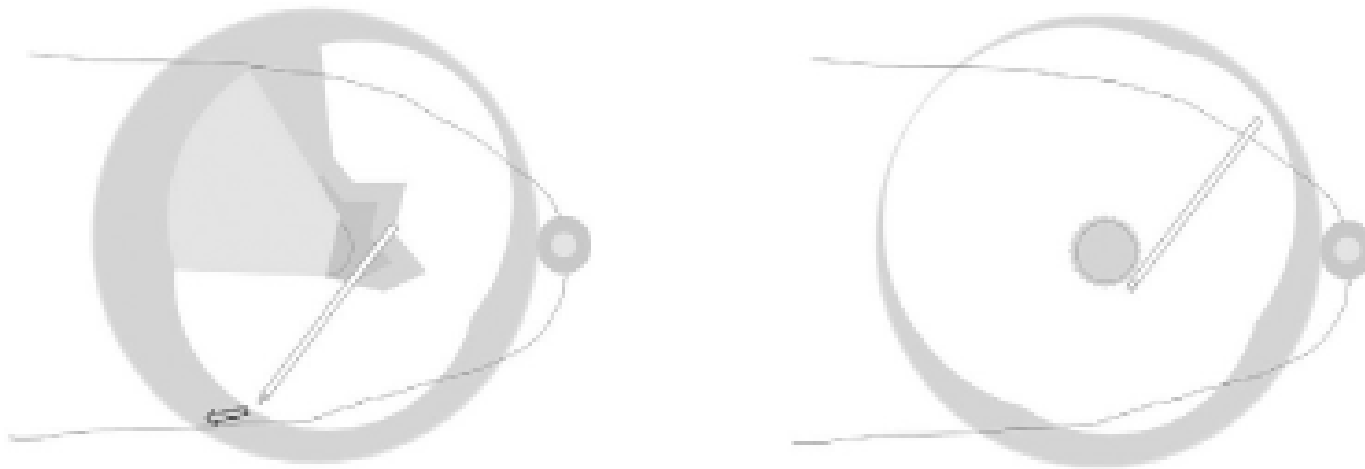
- Serait plus fréquent en cas d'atteinte préopératoire de la ligne élipsoïde (IS/OS)



Panozzo *Arch Ophthalmol* 2007
Gaucher *AJO* 2007
Sayanagi *Am J Ophthalmol* 2008
Gao *AJO* 2013

Fovea-Sparing Internal Limiting Membrane Peeling for Myopic Traction Maculopathy

NORIAKI SHIMADA, YOSHIHARU SUGAMOTO, MANABU OGAWA, HIROSHI TAKASE, AND
KYOKO OHNO-MATSUI



- Meilleurs résultats visuels (amélioration dans groupe F-S peeling seul)
- Moins de TM post-opératoires (0 vs 16,5%)

RISQUES DE LA VITRECTOMIE

- Cataracte secondaire

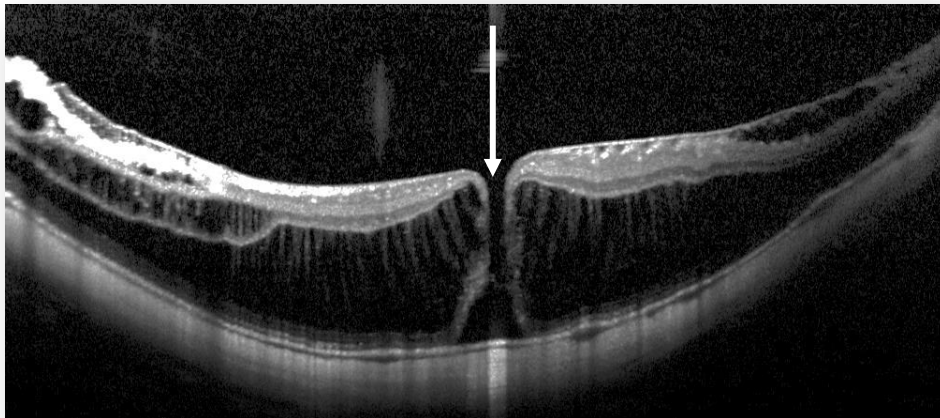
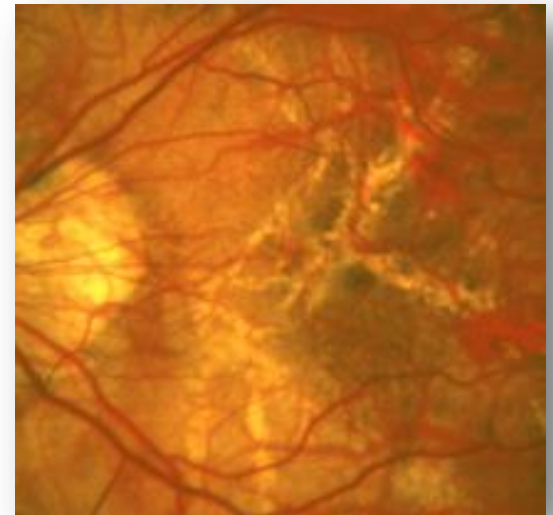
- Oblige à opérer les deux yeux pour éviter anisométrie : chir du cristallin clair sur l'oeil controlatéral

- Décollement de rétine iatrogène

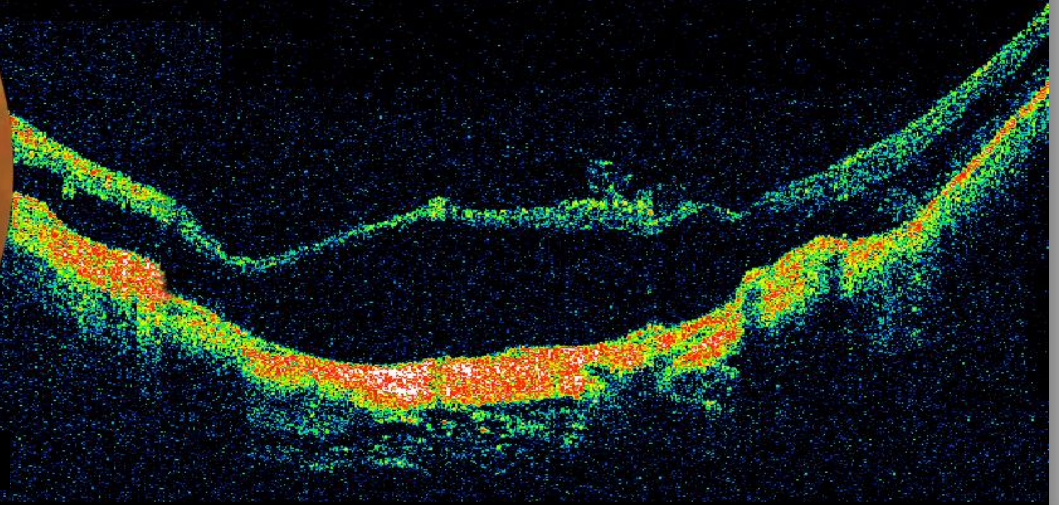
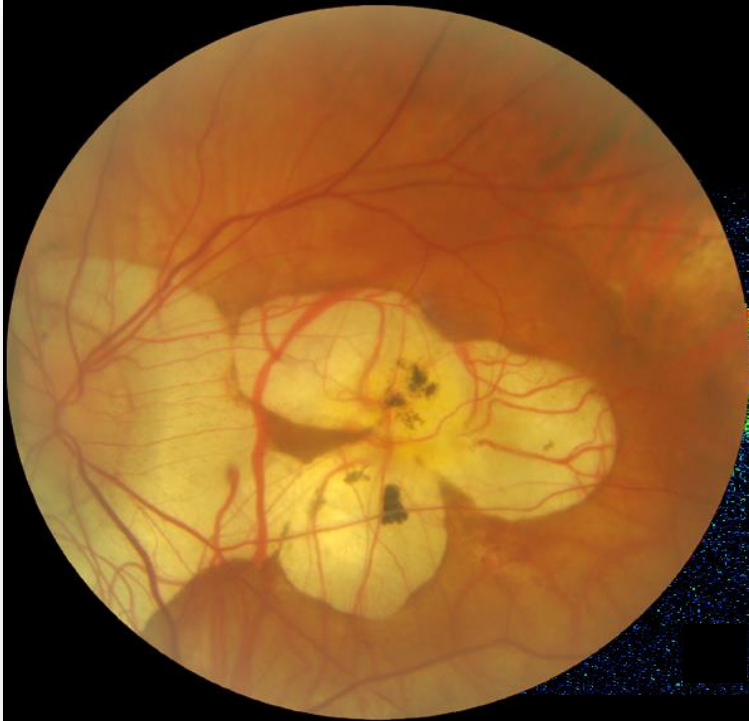
- Seuls quelques cas décrits

RISQUES DE LA VITRECTOMIE

- Résultats fonctionnels parfois aléatoires
 - Se méfier des facteurs préopératoires de mauvais pronostic
 - Mauvaise acuité visuelle initiale et la durée des symptômes
 - **Atrophie chorioretinienne**
 - Longueur axiale très importante
 - Amblyopie
 - **Trou maculaire associé**

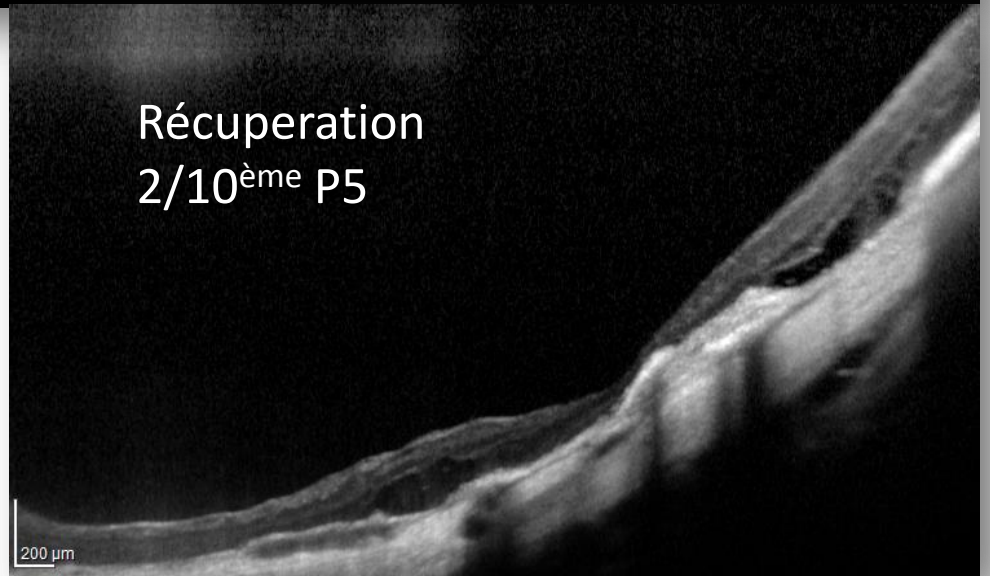


Atrophie importante mais vision chiffrable
1/10^{ème} P14



- L'indication repose aussi sur la volonté du patient!

Récupération
2/10^{ème} P5



En Pratique

- Il faut proposer une intervention de vitrectomie
 - En cas de baisse de vision récente ou sévère (<3-4/10^{ème})
 - En cas de traction visible en OCT ou de décollement fovéal
- En absence de traction clairement identifiée en OCT
 - Revoir le patient après 3-4 mois pour apprécier l'évolution
 - La dissection de la limitante interne peut être bénéfique
 - Indentation postérieure en cas d'échec?