

Décollement de rétine par trous atrophiques: Aspects cliniques et résultats de la chirurgie à long terme

Atrophic tear retinal detachment: clinical characteristics and surgical treatment results at long term

Imen Ammous, Imène Zhioua Braham, Majdi Boukari , Ilhem Mili Boussen, Khalil Errais, Raja Zhioua.

Service d'ophtalmologie-Hôpital Charles Nicolle, Tunis / Faculté de médecine de Tunis

RÉSUMÉ

But: Analyser les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des décollements de rétine par trou atrophique (DRTA) et évaluer les résultats anatomiques et fonctionnels après traitement chirurgical.

Méthodes : Etude rétrospective incluant 48 cas de 47 patients ayant été opérés de DRTA pour la première fois. Tous les patients ont bénéficié d'une chirurgie épiscclérale. Les résultats ont été évalués après un recul variant de 55 à 200 mois avec une moyenne de 80,52 mois.

Résultats : Le DRTA représentait environ 7% de tous les décollements de rétine rhéomatogènes (DRR) opérés pendant la même période. L'âge des patients variait de 8 à 81 ans avec une moyenne de 38 ans et 7 mois. L'âge était inférieur ou égal à 40 ans dans 62,5 % des cas. Une prédominance masculine a été notée. Soixante-sept pourcent des patients étaient myopes dont 78,12 % étaient forts myopes. Le délai moyen de consultation variait de 1 à 60 mois avec un délai moyen de 7 mois. L'acuité visuelle préopératoire variait de la perception lumineuse bien orientée à 10/10. Le nombre de TA par œil variait de 1 à 15 avec une moyenne de 3 trous. Les TA siégeaient avec une nette prévalence dans le quadrant temporal inférieur puis temporal supérieur . La macula était décollée dans 87,5% des cas. Tous les patients ont bénéficié d'une chirurgie épiscclérale; par indentation segmentaire longitudinale dans 27% des cas, par une éponge radiaire dans 8,3% des cas et circonférentielle dans 64,5% des cas. Une ponction du liquide sous rétinien a été pratiquée dans 75% des cas. La réapplication anatomique finale du DR a été obtenue dans 100 % des cas et ceci après une seule intervention dans 95,83% des cas. Dans 2 cas, une récidence précoce a été observée et elle était en rapport avec des TA Page 4/13 Tunisie Médicale méconnus et non indentés. Sur le plan fonctionnel, une amélioration de l'acuité visuelle post-opératoire a été notée dans 83,3% des yeux avec une acuité visuelle supérieure ou égale à 1/10 dans 66,6% et supérieure ou égale 5/10 dans 14,6% des cas. Une hypertonie post-opératoire précoce et transitoire a été observée dans 18,75 % des cas. Un seul cas de décollement choroïdien spontanément résolutif et un rejet du matériel d'indentation dans deux cas ont été également notés.

Conclusion : Le DRTA, dit « rétinogène », est un DR sans décollement postérieur du vitré. Il touche essentiellement le sujet jeune myope. Il s'agit de décollements chroniques liés à des déchiscences multiples. Les trous responsables siègent fréquemment dans des îlots de dégénérescence palissadique. Le pronostic est favorable et la chirurgie épiscclérale permet d'obtenir 100 % de succès anatomique.

Mots-clés

décollement de rétine, trou atrophique, chirurgie épiscclérale

SUMMARY

Aim : to analyse clinical and epidemiological characteristics of atrophic tear retinal detachment (ATRD) and evaluate anatomical and functional results.

Methods : Retrospective study of 48 cases underwent primary scleral buckling for ATRD. Mean follow up was 80,52 months.

Results: ATRD represented 7% of all reghmatogenous RD. Mean age of patients was 38 years and 7 months. Age was less than 40 years in 62,5% of patients. Male predominance was noted. Myopia was noted in 67% of cases and 78,12% presented high myopia. Mean delay of consultation was 7 months ranging from 1 and 60 months. Visual acuity was ranged between light perception to 10/10. The AT number in eye varied between 1 to 15 (mean 3 tears). The seat of AT was preferentially in inferior temporal quadrants than superior one. Maculae was detached in 87,5% of cases. All patients underwent scleral buckling: longitudinal buckle was performed in 27% of cases, radial sponge was put on in 8,3% of eyes and circumferential one was made in 64,5% of cases. Sub-retinal fluid was punctured in 75% of cases. Retinal reattachment was obtained in all cases; after one surgery in 95,83% of cases. Redetachment was observed in 2 cases: it was linked with unknown AT. Visual acuity was improved in 83,3% of cases. It was more than 5/10 in 14,6% of cases. Postoperative hypertonia was observed in 18,75% of cases. Choroidal detachment was observed in one case and it was resolved spontaneously. Scleral buckle rejection was observed in one case.

Conclusion: ATRD was not associated at posterior vitreous detachment. It was observed in young myopic patients. There is a chronic form of retinal detachment with many tears. Scleral buckle was the surgical treatment of this type of RD with good anatomical prognostic.

Key- words

Retinal detachment, atrophic tear, scleral buckle.

Le détachement de la rétine par trous atrophiques (DRTA) est un détachement rhéomatogène qui survient en l'absence de détachement postérieur du vitré. Il s'agit d'un détachement «rétinogène» lié à des trous rétinien atrophiques et est caractérisé par une évolution lente. Il est peu fréquent et représente 5 % des détachements de la rétine rhéomatogènes (DRR) (1).

Il constitue une entité particulière de part sa physiopathologie, sa symptomatologie clinique et sa prise en charge thérapeutique différente des autres types de DRR. La vitrectomie est actuellement la méthode de choix dans le traitement du DRR mais la chirurgie épiscclérale garde ses indications en l'occurrence dans le DRTA.

Nous présentons une étude rétrospective portant sur 48 yeux de 47 patients opérés de DRTA dans le service d'ophtalmologie à l'hôpital Charles Nicolle.

Les objectifs de notre travail étaient d'analyser les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des DRTA et d'évaluer les résultats anatomiques et fonctionnels après traitement chirurgical.

METHODES

Notre étude était rétrospective réalisée dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis. Elle a inclus 48 yeux de 47 patients de janvier 1990 à décembre 2010.

Les critères d'inclusion étaient : les patients présentant à l'examen initial un DRTA uniquement (absence de déchirure à lambeau associée) opérés de 1^{ère} intention et opérés par le même chirurgien (RZ) et ayant eu un suivi de 6 mois ou plus.

Les critères d'exclusion étaient les patients ayant des antécédents de glaucome ou de chirurgie antérieure de DR ou de cataracte.

Tous les patients ont bénéficié d'un interrogatoire et d'un examen ophtalmologique complet précisant en particulier l'acuité visuelle (AV) corrigée les caractéristiques du DR : son siège, l'état de la macula, les caractéristiques des trous atrophiques, leur nombre, leur siège et la présence de lésions dégénératives associées. Une chirurgie épiscclérale a été réalisée dans tous les cas soit par un cerclage complet, soit par une indentation radiaire ou longitudinale. Un suivi post opératoire a été réalisé avec mesure de l'acuité visuelle (AV) corrigée, et appréciation de l'état de la rétine.

RESULTATS

Le suivi était poursuivi jusqu'au fin décembre 2014 faisant un recul moyen de 80,52 mois, il variait entre 55 et 200 mois. Les patients atteints de DR par TA représentaient 6,87 % (48/698) de l'ensemble des DRR, non sélectionnés opérés durant la même période. Ces DR concernaient 26 hommes (54,2%) et 22 femmes

(45,8%) soit un sexe ratio de 1,17. L'âge des patients variait de 8 à 81 ans avec une moyenne de 38,64 ans. L'âge était inférieur ou égal à 40 ans dans 62,5% des cas (30/48). L'âge était inférieur ou égal à 30 ans dans 37,5 % des cas (18/48). Le délai de consultation variait de 1 à 60 mois avec un délai moyen de 7 mois.

La myopie a été observée dans 66,67% des cas (32/48). Une myopie supérieure ou égale à -3 dioptries a été notée dans 56,25% des cas (27/48).

L'acuité visuelle (AV) préopératoire variait de la perception lumineuse bien orientée (PLBO) à 10/10 selon l'échelle de Snellen. Quarante-vingt-cinq pourcent des patients (41/48) avaient une acuité visuelle inférieure à 1/10^{ème}. L'AV préopératoire n'était chiffrable (supérieure ou égale à 5/10) que pour 10 cas (21,73%). Elle était supérieure ou égale à 1/10 dans 7 yeux (14,58%). Elle était supérieure ou égale à 5/10 dans un cas (2%) et était égale à 10/10 dans un cas (2 %). Le nombre de trous par œil variait de 1 à 15 avec une moyenne de 3 trous atrophiques (TA). Les trous atrophiques (TA) intéressaient 62 quadrants des 48 yeux étudiés. Les caractéristiques du DR figurent sur le tableau 1. On note une nette prévalence de l'atteinte des quadrants temporaux inférieurs. Dans 27 % des cas (13/48), les trous atrophiques s'associaient à une ou plusieurs palissades. Les palissades étaient localisées au quadrant temporal inférieur dans 53,85 % des cas (7/13). La bilatéralité des palissades était observée dans 61,53% (8 /13) des cas. La macula était décollée dans 87,5% des cas (42/48 yeux). Le détachement maculaire s'associait à une dégénérescence micro-kystique secondaire dans 21,42% des cas. Des signes d'ancienneté du DR étaient présents dans 31,25% des cas (15/48). (Tableau 1)

Tableau 1 : Données pré- opératoires et Caractéristiques du détachement de la rétine

	Nombre (patients)	%
Siège TA		
temporal inférieur	26	54,17
temporal supérieur	22	45,83
nasal inférieur	9	18,75
nasal supérieur	5	10,41
Etendue DR		
1 quadrant	7	14,58
2 quadrants	17	37,5
3 quadrants	13	27,8
4 quadrants	10	20,83
Siège du DR		
Temporal inf	45	93,75
Temporal sup	35	72,91
Macula décollée	42	87,5
Signes d'ancienneté du DRR		
Prolifération sous rétinienne	13	27
Dégénérescence micro-kystique ou macro-kystique périphérique	7	14,5
Lignes de démarcation à la limite de la zone décollée	13	27
Dégénérescence palissadique	13	27
Laser prophylactique pré-opératoire	5	10,41

Tous les patients avaient bénéficié d'une chirurgie épisclérale par indentation segmentaire et / ou circonférentielle :

Un cerclage a été pratiqué dans 64,58% des cas (31/48).

Une éponge segmentaire longitudinale a été utilisée dans 27% des cas (13/48).

Une éponge radiaire a été mise en place dans 8,3% des cas (4/48).

Une cryothérapie trans-sclérale en regard des TA a été pratiquée dans tous les cas.

Une ponction du liquide sous rétinien (PLSR) a été pratiquée dans 75% des cas (36/48).

Résultats opératoires

La ré-application anatomique de 1ère intention a été obtenue dans 46 yeux (95,83%). Dans 2 cas, la ré-application a été obtenue après 2 opérations ; en effet dans ces 2 cas une récurrence précoce au cours du 1er mois post-opératoire a été observée. Elle était en rapport avec des TA méconnus et non indentés. La 2ème opération comportait une cryo-application des TA avec révision de l'indentation dans les 2 cas. Une injection de gaz était réalisée dans 1 cas.

La ré-application anatomique finale était de 100%.

Sur le plan fonctionnel, une amélioration de l'AV post-opératoire a été notée dans 83,3 % (40/48). L'AV post-opératoire de loin était chiffrable (Supérieure ou égale à 5/100) pour 33 cas (68,75%) alors que l'AV pré-opératoire n'était chiffrable que pour 10 cas (21,73%).

L'acuité visuelle post opératoire était supérieure ou égale à 1/10 dans 66,66% des cas (32 yeux). Elle était supérieure ou égale à 5/10 dans 14,6% des cas (7yeux) et était égale à 10/10 dans 6,25% des cas (3 yeux). L'acuité visuelle post-opératoire moyenne est égale à 2,1/10. Elle est égale à 4,3/10 en cas de DR avec macula à plat et égale à 1,7/10 en cas de macula décollée. L'acuité visuelle post-opératoire moyenne est égale à 1/10 en présence de prolifération sous rétinienne et égale à 2,2/10 en son absence.

Complications post-opératoires

Une hypertension post-opératoire précoce était observée dans 18,75% des cas (9 yeux). Elle a nécessité un traitement médical de courte durée. L'hypertension était transitoire et a régressé dans tous les cas. Un seul cas de décollement choroïdien est survenu et a évolué favorablement sans traitement au bout de 3 semaines.

Deux patients ont présenté un rejet du matériel d'indentation qui a nécessité son ablation.

DISCUSSION

Dans notre série, les DRTA représentent 6,87% de l'ensemble des DRR opérés pendant la même période. Ils représentent 2,8% à 21% des DR de l'œil phaque dans la littérature (1-7). La fréquence élevée de DRTA dans la

série de Murakami (21 %) reflète probablement la prévalence élevée de myopie dans sa population. Cette différence peut être également liée à la différence raciale (6).

Toutes les études montrent une très nette prévalence chez les sujets jeunes. Nos résultats sont conformes avec ceux de la littérature. En effet l'âge moyen de nos patients était de 38,64 ans ; il était de 32ans Dans l'étude de Gonzales (8). D'autre part, l'âge était inférieur ou égal à 40 ans dans 62,5% dans notre série, ce taux était égal à 81 % dans la série de Bonnet (1), à 70,83% dans la série de Ung (5) et à 70 % dans la série de Murakami (6).

Concernant le sexe, l'atteinte dans la littérature est variable. En effet, l'atteinte féminine était prédominante dans les séries Ung , Williams, et Bonnet avec des taux respectifs de 64% et 69% (1,2,5). A l'opposé, dans la série de Murakami, l'atteinte du sexe masculin était prédominante représentant 65 % des cas (6). Toutefois pour Tillery et Lucier, aucune différence n'a été notée entre les deux sexes (4).

Dans notre série nous avons noté une prédominance masculine par contre une prédominance de l'atteinte féminine a été retrouvée dans la tranche d'âge 31 à 40 ans soit 75%.

Les DR par trou atrophiques étaient plus fréquents chez le myope ainsi les patients atteints d'une myopie supérieure ou égale à -3 dioptries représentaient 53,7% à 93,5 % des cas selon les études (1,5,6) ce qui concorde avec nos résultats (57,44 %). Ils se caractérisent par leur étendue limitée, en effet dans notre série le DR ne dépassait pas les 2 quadrants dans 52% des cas ce qui rejoint les résultats retrouvés dans la littérature (1,4,6). Le DR touchait avec prédilection le quadrant temporel inférieur puis supérieur ce qui rejoignait les résultats de Bonnet(1).

La macula était décollée dans 87,5%, ce taux est plus élevé que les séries de la littérature (60% dans la série Tillery et Lucier(4) de et 63,4% dans la série de Murakami(6) ceci pourrait être en rapport avec un délai de consultation plus long pour nos patients (7 mois en moyenne).

Dans notre série le nombre maximal des trous était de 15 avec un nombre moyen 3, ce qui était comparable aux résultats de Bonnet (1).

Le siège des trous montrait une très nette prévalence pour le quadrant temporel inférieur (54%), puis le quadrant temporel supérieur (46%) ce qui concorde avec les différentes séries de la littérature particulièrement dans la série de Bonnet ou le quadrant temporel inférieur était atteint dans 83,3% et quadrant temporel supérieur dans 47,8%(1,5)

Les DRTA ne s'associaient pas à des signes de prolifération vitréo-rétinienne malgré leur ancienneté (1,6). Les DR anciens peuvent s'associer à une poussière pigmentée du vitré prédominant souvent au voisinage des trous (4% de notre série, 2,4 % de la série de Murakami

(6), 19,6% de la série de Bonnet(1)). Les signes d'ancienneté sont représentés par des lignes de démarcation, des cordages sous rétinien avec souvent une dégénérescence micro kystique secondaire de la rétine décollée. Ces signes d'ancienneté du DR ont été notés dans 31,25% dans notre série ; Murakami et Tillery ont retrouvé respectivement des taux similaires 30% et 25%. Dans la série de Bonnet le taux était plus élevé atteignant 56,5%. (1,4,6). L'absence de prolifération vitéo-rétinienne, contrastant avec la fréquence de prolifération sous rétinienne paraît liée à l'état anatomique du vitré

Résultats anatomiques :

Dans notre série, la réapplication a été obtenue en 1ère intention par chirurgie épiscclérale dans 95,83% des cas. Dans la littérature, les taux de succès anatomique primaire variaient de 90 à 98% selon les séries (avec le même type de chirurgie). Une récurrence précoce au cours du 1er mois post-opératoire a été observée dans 2 cas (4,16%). Elle était en rapport avec des TA méconnus et non indentés. Ce qui concorde avec les séries de la littérature (3 cas dans la série de Bonnet et 1 cas dans la série de Ung). Ce taux faible de récurrence pourrait être expliqué par la rareté voire l'inexistence de PVR. La réapplication anatomique finale a été obtenue dans 100% ce taux est comparable aux séries de la littérature. (1,5,6)

Les résultats fonctionnels

sont meilleurs que ne pourraient le laisser craindre l'ancienneté très fréquente du DR et la fréquence de l'atteinte maculaire (La macula était décollée dans 87,5% des cas de notre série). Dans notre série, une

amélioration de l'acuité visuelle post-opératoire a été notée dans 83,3% de l'ensemble des yeux. Cependant nos résultats fonctionnels sont moins bons que les séries publiées, en effet nous avons noté une AV supérieure ou égale à 5/10 dans 14,6% alors que ce taux dans les séries de Bonnet et Ung ce taux atteint respectivement 78% et 93%, Ceci est probablement en rapport avec une fréquence plus importante des DR anciens et de l'atteinte maculaire dans notre série (5,9).

Dans notre série, une HTO post-opératoire précoce était observée dans 18,75% des cas. Elle a nécessité un traitement médical de courte durée. L'hypertonie était transitoire et a régressé dans tous les cas. Ung a observé deux cas d'hypertonie post-opératoire qui s'est résolu spontanément à l'arrêt des corticoïdes (5).

Un seul cas de décollement choroïdien est survenu et a évolué favorablement sans traitement au bout de 3 semaines. Deux patients (4,54%) ont présenté un rejet du matériel d'indentation qui a nécessité son ablation. Une intolérance du matériel d'indentation a été observée dans un cas (0,9%) dans la série de Gonzales et de Ung, qui a nécessité son ablation (5,8).

CONCLUSION

Le DRTA touche le sujet jeune myope. Il s'agit de décollements chroniques de siège le plus souvent temporal inférieur. Les trous atrophiques responsables siègent fréquemment dans des îlots de dégénérescence palissadique. Le pronostic est favorable et la chirurgie épiscclérale garde sa place dans ce type de DRR permettant d'obtenir 100 % de succès anatomique.

Références

- 1- Bonnet M. Subretinal proliferation and rhegmatogenous retinal detachment. J Fr Ophthalmol 1993; 16:235-40.
- 2- Williams KM, Dogramaci M, Williamson TH. Retrospective study of rhegmatogenous retinal detachments secondary to round retinal holes. Eur J Ophthalmol 2012; 22:635-640
- 3- Byer NE. Long term natural history of lattice degeneration of the retina. Ophthalmology 1989 ; 96 :1396-401.
- 4- Tillery WV, Lucier AC. Round atrophic holes in lattice degeneration: an important cause of phakic retinal detachment. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol 1976; 81:509-18.
- 5- Ung T, Comer MB, Ang AJS et al. Clinical features and surgical management of retinal detachment secondary to round retinal holes. Eye 2005; 19:665-9.
- 6- Murakami FN. Phakic retinal detachment associated with atrophic hole of lattice degeneration of the retina. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 1983; 220:175-8.
- 7- Malbran E, Dodds R, Hulsbus R. Two distinct types of myopic retinal detachment. Modern Problems in Ophthalmology 1977; 18:292-303.
- 8- Gonzales CR, Gupta A, Schwartz SD, Kreiger SD. The fellow eye of patients with phakic rhegmatogenous retinal detachment from atrophic holes of lattice degeneration without posterior vitreous detachment. Br J Ophthalmol 2004; 88:1400
- 9- Bonnet M, Urrets-Zavalía J. Décollements rétinien par petits trous atrophiques de la Région équatoriale. J Fr Ophthalmol 1986; 9:615-24.
- 10- Girard P. Décollement de rétine « idiopathique ». Sémiologie clinique et traitement. Encyclopédie Médicale Chirurgicale (Elsevier, Paris) Ophthalmologie 21-245-A-10, 1998, 10 p.