

LES DECOLLEMENTS DE RETINE BILATERAUX

A. TRIGUI, N. KHALDI, I. GHORBEL, J. FEKI.

1-Service d'ophtalmologie CHU Habib Bourguiba, Sfax.

Objectif: L'objectif de notre étude est d'évaluer l'incidence des décollements de rétine bilatéraux, d'analyser les facteurs de risque incriminés et les résultats anatomiques et fonctionnels après traitement.

Patients et Méthodes : Notre étude a porté sur 11 patients (soit 22 yeux) présentant un décollement de rétine bilatéral d'emblée ou qui s'est bilatéralisé secondairement. 2 monophthalmes ont été inclus dans cette étude. Nous avons rapporté le terrain pour chacun de ces patients, les données de l'examen initial, l'approche thérapeutique et l'évolution post opératoire à cours et à moyen terme.

Résultat : Les décollements de rétine représentent 11,65% des décollements de rétine hospitalisés dans notre service. Plusieurs facteurs sont incriminés dans la genèse du décollement de rétine bilatéral ; la myopie et les lésions rétinienne dégénératives étant les facteurs les plus fréquemment retrouvés. Le traitement dépend du type du décollement de rétine. Dans le groupe de décollements de rétine bilatéraux, la chirurgie de première intention était classique dans 11 cas et endo-vitréenne dans les 3 autres cas. Dans le cadre de décollements de rétine simultanés, la chirurgie de première intention a consisté en une chirurgie classique pour 4 yeux (soit dans 66,67% des cas), et en une chirurgie endo-vitréenne pour les 2 yeux restants (soit 33,33% des yeux).

Conclusion : Les facteurs de risque des décollements de rétine bilatéraux sont la myopie, les lésions dégénératives de la périphérie rétinienne. Les sujets jeunes sont les plus touchés.

Le traitement du décollement de rétine bilatéral est difficile. Il dépend du type de ces décollements.

Mots clés : Décollement de rétine – bilatéraux – myopie - lésions dégénératives – traitement.

SUMMARY

Purpose: The purpose of our study is to evaluate the incidence of bilateral retinal detachments, to analyse the incriminated factors and anatomical and functional results after treatment.

Methods: Retinal detachment can be discovered in both eyes in the first consultation. In other cases, a retinal detachment can be seen in the second eye in the follow-up of the first eye.

Results: Many factors are incriminated in the bilateral retinal detachment like myopia and degenerative lesions. The treatment depends on the retinal detachment.

Conclusion: the treatment of bilateral detachments is difficult. It depends on their type.

Key words: Retinal detachment – bilateral - myopia - degenerative lesions – treatment.

INTRODUCTION

Les décollements de rétine rhématogènes ont une forte tendance à se bilatéraliser. Les décollements de rétine bilatéraux peuvent se voir d'emblée, il s'agit dans ce cas de décollements rétiens simultanés, ou survenir après un intervalle libre, on parle alors, de décollements rétiens bilatéralisés.

Le but de notre étude est d'étayer les aspects épidémiologiques et surtout les facteurs de risque des décollements de rétine rhématogènes bilatéraux et d'évaluer leurs résultats fonctionnels et anatomiques.

PATIENTS ET METHODES

Notre étude est rétrospective portant sur 22 décollements de rétine rhématogènes de 11

patients hospitalisés entre Janvier 1998 et Décembre 2004. Il s'agit de décollements rétiens bilatéraux d'emblée au moment de la première consultation et les cas où il y a eu une bilatéralisation du décollement au cours du suivi. Nous avons inclus 2 cas de monophthalmes ayant perdu un oeil par un décollement de rétine ancien.

Nous avons prélevé à partir des dossiers l'âge des patients, le sexe, les antécédents généraux et ophtalmologiques, la meilleure acuité visuelle corrigée préopératoire, les caractéristiques du décollement de rétine, l'approche thérapeutique et le résultat anatomique et fonctionnel post-opératoire.

RESULTATS

1-Epidemiologie

Les décollements bilatéraux représentent 11,65 % de l'ensemble des décollements admis dans le service pendant la même période (de Janvier 1998 à Décembre 2004) dont 1,6% de DR simultanés et 10,05 % de DR bilatéralisés

L'âge de nos patients variait de 13 à 61 ans avec une moyenne d'âge égale à 35,5 ans . Huit de nos patients étaient âgés de moins de 45 ans.

Notre série se compose de 15 hommes et 7 femmes, soit un sex-ratio de 0,36.

En ce qui concerne les facteurs de risques; nous avons noté 8 cas de myopie comprise entre -0,5 et -12 dioptries, dont 4 étaient myopes forts.

L'examen de l'oeil adelphe lors de la première hospitalisation a noté la présence de lésions dégénératives de la périphérie rétinienne dans 3 cas, il s'agissait de 2 déchirures à plat et d'une palissade. Un cas d'héredo dégénérescence vitréo-rétinienne de type Wagner a été observé chez un enfant âgé de 13 ans a été noté. La notion de chirurgie réfractive à type de LASIK a été retrouvée dans 2 cas (soit 4 yeux). Notre série comporte un patient pseudophaque de chambre postérieure.

2- Aspects Cliniques

La meilleure acuité visuelle corrigée postopératoire était comprise entre la perception lumineuse négative et 2/10. Parmi nos patients, 2 étaient monophthalmes. La perte fonctionnelle du globe était secondaire à un décollement de rétine évolué (prolifération vitréo-rétinienne stade D). La plus part de nos patients avaient une acuité visuelle inférieure à 1/10 (76,36% des patients). Seulement 13,36% de nos patients avaient une acuité visuelle supérieure ou égale à 1/10. Le tableau n°1 résume nos résultats à ce propos.

Tableau 1: acuité visuelle préopératoire

Acuité visuelle	Nombre d'yeux	pourcentage
PL négative	2	9,1
PL bien orientée	8	36,36
< 1/10	9	41
≥ 1/10	3	13,63

PL = Perception lumineuse

En ce qui concerne l'étendue du décollement de rétine, 40,9% de nos patients présentaient un décollement de rétine total d'emblée. La macula était soulevée chez 45,5% des patients. Elle était à plat chez 12 patients (54,4%). Nos résultats se résument dans le tableau n°2.

Tableau 2: Etendue du décollement de rétine

Etendue du DR	Nombre d'yeux	Pourcentage
1 quadrant	3	13,6
2 quadrants	4	18,2
3 quadrants	6	27,3
DR total	9	40,9
Macula soulevée	10	45,5

DR = décollement de rétine

L'examen du fond d'œil a permis de mettre en évidence la déhiscence responsable du décollement de rétine chez 19 patients (86,4%). Il s'agissait de trous atrophiques dans 41% des cas, de déchirures à clapets dans 27,3% des cas et d'une association de trous atrophiques et de déchirures à clapet dans 18,2% des cas. Aucune déhiscence n'a pu être mise en évidence chez 3 patients (13,6%).

Une prolifération vitréo-rétinienne minime à moyenne (stade A ou B selon la classification de Retina Sociaty 1985) était présente dans 40,9% des cas. Aucune prolifération vitréo-rétinienne n'a été observée chez 40,9% des patients.

Le tableau n°3 résume nos résultats à ce propos.

Tableau 3:stade de la prolifération vitréo-rétinienne

Stade de la PVR	Nombre d'yeux	pourcentage
Absente	9	40,9
Stade A	3	13,6
Stade B	6	27,3
Stade C	2	9,1
Stade D	2	9,1

PVR = Prolifération vitréo-rétinienne

3- Les aspects thérapeutiques

Dans le groupe de décollements de rétine bilatéraux, la chirurgie de première intention était classique dans 11 cas et endo-vitréenne dans les 3 autres cas. Une abstention thérapeutique a été décidée dans deux cas de prolifération vitréo-rétinienne stade D selon la classification de la Retina Sociaty 1985. Parmi les yeux opérés par chirurgie classique 2 ont présenté une récurrence de leur décollement de rétine et ont été donc réopérés par une vitrectomie et tamponnement interne par de l'huile de silicone.

Dans le cadre de décollements de rétine simultanés, l'œil ayant la meilleure acuité visuelle a été opéré en premier lieu. La chirurgie de première intention a consisté en une chirurgie classique pour 4 yeux (soit dans 66,67% des cas), et en une chirurgie endo-vitréenne pour les 2 yeux restants (soit 33,33% des yeux). Parmi ces patients,

3 ont présenté une récurrence de leur décollement. La reprise chirurgicale a consisté en une vitrectomie et un tamponnement interne par de l'huile de silicone.

4- Résultats anatomiques et fonctionnels

Sur les 20 yeux opérés, un succès anatomique, c'est-à-dire une rétine qui reste à plat après retrait de l'huile de silicone et ce, à un délai minimum de 6 mois, a été obtenu dans 17 yeux (85 %). La meilleure acuité visuelle corrigée s'est améliorée dans 15 yeux (75% des yeux), elle est restée inchangée dans 4 yeux (25% des yeux) et elle s'est aggravée dans un seul cas (5% des yeux).

DISCUSSION

1- Epidémiologie

Dans notre série, l'incidence des décollements de rétine bilatéraux était de 11,65 % de l'ensemble des décollements de rétine rhématogènes. L'incidence de bilatéralisation des décollements de rétine rhématogènes dans la littérature varie de 10 à 20 % (1). La fréquence des décollements de rétine simultanés dans notre série était de 1,6 %. Bodanowitz (2) rapporte un taux de 1,2 %, Matri (3) rapporte un taux comparable de 1,5 % et (4) un taux de 2,3 %. Les décollements de rétine bilatéraux touchent l'adulte jeune. Dans la série de Krohn (4), l'âge moyen de survenue du décollement de rétine rhématogène bilatéral est de 40,3 ans. Dans la série de Matri (3), l'âge moyen de survenue est de 35 ans. Dans notre série, nous avons retrouvé également un âge moyen de 35,5 ans. Ce jeune âge peut être expliqué par la présence de facteurs de risque prédisposants.

Dans notre série, nous avons noté une légère prédominance féminine (63,6%). Bodanowitz (2), par contre, trouve une prédominance masculine (73 %). Aucune prédilection de sexe n'a été constatée par Laatikainen (1), Matri (3) et Krohn (4). La prédominance féminine constatée dans notre série peut être expliquée par le taux élevé de myopie.

2- Facteurs de risque

La majorité des auteurs s'accordent sur la prédominance de la myopie comme facteur de risque des décollements de rétine bilatéraux (1, 2, 3, 4). Dans notre série, la myopie était présente dans 72,72 % des cas. Il s'agissait d'une myopie forte dans la moitié des cas. Le risque de décollement rétinien en cas de myopie inférieure à -1 dioptrie est de 0,2 % alors qu'il passe à 7 % si la myopie est supérieure à -9 dioptries (5). La myopie, surtout forte, constitue un facteur de risque majeur du décollement rétinien par la présence de lésions dégénératives prédisposantes de la

périphérie rétinienne. La lésion dégénérative la plus pourvoyeuse de décollement de rétine est la palissade.

En effet, le risque de décollement de rétine chez un myope fort qui ne présente pas de palissade est de 2% alors qu'il est de 6 % en cas de d'existence d'une palissade (5). Par ailleurs, l'incidence de la palissade au niveau de l'œil adelphe d'un décollement de rétine est de 48 % (6). Dans notre série, les lésions dégénératives de la périphérie rétinienne étaient présentes dans 3 cas parmi les 8 cas de décollement de rétine bilatéralisés, soit un taux de 37,5% des cas.

Dans la série de Matri (3), ces lésions dégénératives ont été retrouvées dans 50 % des cas. Dans la série de Krohn (4), les lésions dégénératives ont été rapportées dans 56% à 72 % des cas.

Dans notre série, nous avons noté 2 cas de décollement de rétine simultanés survenus dans les suites immédiates de chirurgie réfractive (Lasik). Arevaalo (7) a rapporté 33 cas de décollement de rétine après Lasik dont 6 cas de décollement de rétine bilatéraux. De même, Kohzaki (8) a rapporté un cas de décollement de rétine bilatéral après Lasik. Le risque de décollement de rétine après Lasik est estimé à 0,1 % (9). L'onde de choc du laser Excimer provoque une pression de 80 bars à 3 mm en arrière de la cornée pour un diamètre de flux de 4 mm et une fluence de 200 mJ/cm³. Cette onde de choc provoque un décollement aigu du vitré postérieur et met sous tension les adhérences vitéo-réiniennes (9). De plus, l'anneau de succion qu'on utilise pour confectionner le volet cornéen, entraîne une déformation du globe oculaire qui rappelle le mécanisme de Frenkel.

Les hérédos dégénérescences familiales exposent au risque de décollement de rétine par l'existence de lésions dégénératives de la périphérie du fond de l'œil et surtout par la présence d'anomalies du vitré (lacunes, voiles fibreux ...). Nous avons noté un cas d'hérédos dégénérescences de Wagner dans notre série. Matri et al (3) ont rapporté un cas d'hérédos dégénérescences familiales.

En ce qui concerne la pseudophakie, dans notre série, le taux était de 9 %. Dans la série de Matri (3), le taux était de 12,5 %.

3- Traitement

L'approche thérapeutique chirurgicale dépend à la fois de l'étendue du décollement de rétine, du type de lésion et du stade de la prolifération vitéo-réiniennes. En présence de décollements de rétine simultanés, nous avons privilégié l'œil qui présentait la meilleure acuité visuelle pour assurer

une meilleure récupération fonctionnelle. En effet, l'acuité visuelle préopératoire constitue un facteur prédictif de la vision post-opératoire en cas de succès anatomique (11). Cette attitude a été également adoptée par l'équipe de Matri (3).

En présence de décollements de rétine bilatéralisés, le risque de bilatéralisation du décollement de rétine en cas d'existence de facteurs de risque oblige à faire un examen minutieux et une surveillance de l'œil adelphe. En présence de lésions dégénératives de la périphérie rétinienne, les attitudes sont variables selon les auteurs. En présence de déchirure rétinienne, l'exclusion au laser est la règle. Par ailleurs, pour les trous atrophiques, certains auteurs ne proposent le laser qu'en présence d'un décollement postérieur du vitré associé. Pour les lésions dégénératives de la couche interne de la rétine, la palissade est considérée de loin la lésion la plus dangereuse. Byer (12) distingue les palissades symptomatiques imposant une exclusion urgente des palissades asymptomatiques qui sont à surveiller. Haut (13) propose le barrage circulaire au laser avec quatre retours à l'ora et cloutage antérieur systématique de l'œil adelphe d'un décollement de rétine. Cette attitude agressive a été contestée par d'autres auteurs qui limitent l'indication du barrage et cloutage au laser à l'œil adelphe d'un décollement de rétine aux patients présentant des antécédents familiaux de décollement de rétine, aux patients myopes forts ou présentant une dégénérescence palissadique. Le cerclage chirurgical préventif s'impose en présence d'une déchirure géante de l'œil adelphe ou dans les hérédos dégénérescences familiales (14).

Selon Avitabile (14), le traitement préventif de l'œil adelphe diminue le risque du décollement de rétine qui passe de 13,4% à 1,2 %.

4-Resultats anatomiques et fonctionnels

Un succès anatomique a été obtenu dans notre série dans 85 % des cas. Matri et al (3) ont rapporté un taux comparable, de 90 %. Krohn (4) et Bodanowitz (2) ont rapporté des taux respectifs de 95% et 97 %.

Le succès fonctionnel dans notre série était de 75 %.

Les décollements de rétine simultanés sont réputés être de mauvais pronostic en raison de leur présentation fréquente à des stades dépassés, expliquée par une acuité visuelle antérieure basse due à la présence d'une choroïdose myopique (en cas de myopie forte), pour cette raison, les patients ne consultent alors qu'à l'installation d'une baisse de vision du 2ème œil. Ce mauvais pronostic est également expliqué par l'éventuelle existence de

déhiscences multiples ou géantes. Dans notre série, un seul cas de décollement de rétine simultané a été vu tardivement. Pour les deux autres cas, le délai de consultation était rapide puisque qu'il s'agissait de décollement de rétine survenant dans les suites de chirurgie réfractive.

CONCLUSION

Les facteurs de risque des décollements de rétine bilatéraux sont la myopie, les lésions dégénératives de la périphérie rétinienne, le Lasik et les hérédos dégénérescences familiales.

Il s'agit de décollements de rétine graves en raison de leur prédilection pour les sujets jeunes.

Le décollement de rétine de l'œil adelphe est souvent découvert lors de l'examen systématique de l'œil controlatéral.

Le geste chirurgical doit intéresser le meilleur œil en premier lieu.

Le risque de bilatéralisation du décollement de rétine remet en cause l'intérêt de traitement préventif de l'œil adelphe.

Références :

- 1- Laatikainen L, Harju H. Bilateral rhegmatogenous retinal detachment. *Acta Ophthalmologica* 1985 ;63 :541-5.
- 2- Bodanowitz S, Hesse L, Kroll P. Simultaneous bilateral rhegmatogenous retinal detachment. *Klin Monatsbl Augenheilkd*. 1995 Mar;206(3):148-51.
- 3- El Matri L, Mghaieth F, Chaker N, Kamoun M, Charfi O, Chaabouni A. Les décollements de rétine rhématogènes bilatéraux simultanés. A propos de 7 observations. *J Fr Ophtalmol* 2004;27 :15-18.
- 4-Krohn J, Seland JH. Simultaneous, bilateral rhegmatogenous retinal detachment. *Acta Ophthalmol Scand*. 2000 Jun;78(3):354-8.
- 5- Srinivasan R. Dynamics of ultraviolet laser ablation of corneal tissue. *Ophthalmology* 1987;103:470-471.
- 6- Madelain J, Turut. Résultats de traitement prophylactique systématique au laser argon après décollement de rétine idiopathique. *Bull. soc. Opht. France*.1990, 2, XC, 141-147.
- 7- Arevalo JF, Ramirez E, Suarez E, Cortez R, Ramirez G, Yopez JB. Retinal detachment in myopic eyes after laser in situ keratomileusis. *J Refract Surg*. 2002 Nov-; Dec;18(6):708-14.
- 8- Kohzaki K, Sano Y, Toda K, Mitooka K, Nakamura Y, Kitahara K. Bilateral retinal detachment after laser in situ keratomileusis. *Nippon Ganka Gakkai Zasshi*. 2004 Sep;108(9):566-71.
- 9- Saragoussi. Complications of laser in situ keratomileusis for correction of myopia. *Ophthalmology* 1999;106:13-20 .
- 10-Tani P, Robertson D.M, Langworthy R. Rhegmatogenous retinal detachment without macular involvement treated with scleral buckling. *Am J Ophthalmol* 1980; 90:503.
- 11- Byer N. E. Long term natural history of lattice degeneration of the retina. *Ophthalmology* 1989;96:1396-1402.
- 12-Haut J., Arme J., Khairallah M. La prevention du décollement idiopathique de la rétine. *Bull. Soc. Ophtalmol. Fr.*, 1988; 88: 1- 173.
- 13- Avitabile T, Bonfiglio V, Reibaldi M, Torrisi B, Reibaldi A. Prophylactic treatment of the fellow eye of patients with retinal detachment: a retrospective study. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2004 Mar;242(3):191-6. Epub 2004 Feb 10.