



Par la docteure Emmanuelle Bédard
Optométriste, M.Sc.

Décollement de rétine

Patiente de 30 ans venue pour un examen visuel de routine. Elle présente un historique de myopie entre -5 et -8 corrigée par chirurgie réfractive au laser. Elle a une santé remarquable et sa seule plainte visuelle concerne une légère baisse de la vision à l'OS lors de la conduite automobile.



Figure 1 :
pôle postérieur OD

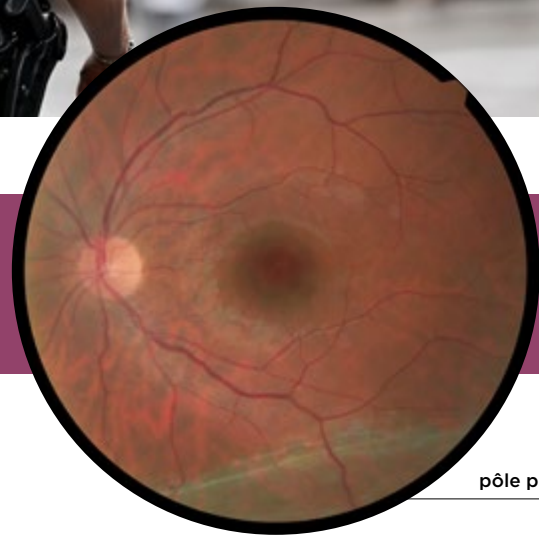


Figure 2 :
pôle postérieur OS

L'acuité visuelle est 6/6 OU sans correction, mais s'améliore à 6/4,5+ avec la correction du léger astigmatisme aux deux yeux. Le segment antérieur est sans particularité. Au fond d'œil il y a une membrane épitréiniennne supérieure à l'OS et un pli rétinien en inférieur avec perte de la netteté de la choroïde (**Figure 2**).

Comme le diagnostic le plus probable était un décollement de la rétine inférieure à l'OS, nous avons fait la dilatation sur-le-champ suivi d'un scan OCT de la rétine (**Figure 3**) et du champ visuel automatisé (**Figure 4**). La patiente nie avoir quelconque symptôme visuel suggérant un décollement ou une déchirure de la rétine.

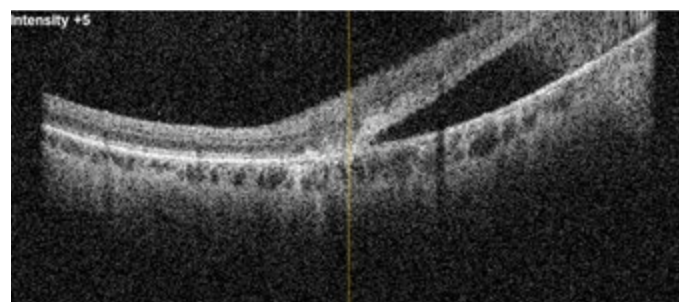


Figure 3 : scan OCT de la rétine inférieur OS

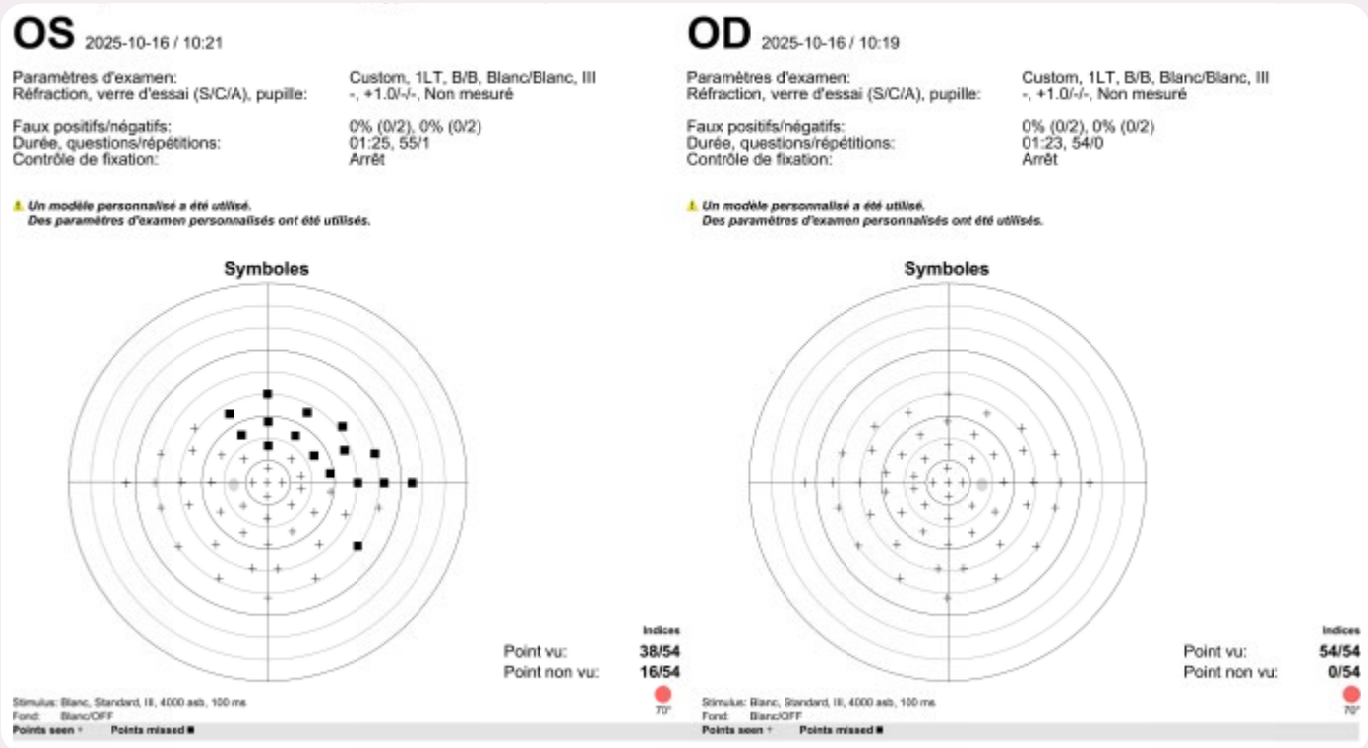


Figure 4 : champ visuel supra-seuil central et périphérique OD et OS

Elle rapporte cependant avoir eu plusieurs traumatismes crâniens et oculaires mineurs en lien avec son travail de policière et son rôle de jeune mère. Malgré la perte évidente au champ visuel supraseuil, elle nie avoir une perte visuelle subjective supéronasale lors du champ visuel par confrontation.

L'évaluation du fond d'oeil après dilatation ne démontre aucun signe de Schaffer, pas de signe de décollement du vitré postérieur (PVD), ni d'anneau de Weiss à l'oeil gauche. Il y a présence d'une dégénérescence palissadique (lattice) supéro-temporale sans trou, ainsi qu'une déchirure rétinienne avec hémorragie adjacente à 5 h accompagnée de 3 trous rétinien et d'un décollement de la rétine inféro-temporal étendu de l'ora serrata jusqu'à l'arcade vasculaire inférieure au pôle postérieur.

Bien que plusieurs éléments suggèrent une déchirure rétinienne ancienne (présence de pigment à la jonction du décollement rétinien, signe de Schaffer négatif, absence de symptômes visuels), une référence urgente a été faite au centre hospitalier le plus proche. Le rétinologue de garde a confirmé la nécessité d'une intervention chirurgicale, mais a transféré la patiente dans un centre tertiaire faute d'équipement nécessaire sur place. Un collègue au CHUM a revu la patiente 3 jours plus tard. Ce deuxième rétinologue ne semblait pas préoccupé par la condition et a choisi de différer l'intervention de 5 semaines supplémentaires, optant pour un cerclage scléral (scleral buckle), suivi d'une intervention au laser autour de la dégénérescence palissadique deux mois plus tard.

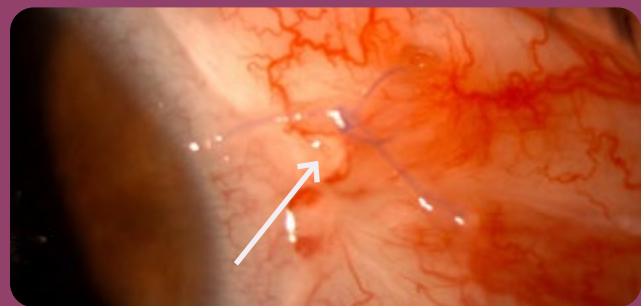


Figure 5 : point de suture conjonctival


Deux semaines après son cerclage, la patiente a pris rendez-vous pour un œil rouge et la sensation de corps étrangers. Des points de sutures fondants frottant sur la cornée et la conjonctive étaient à l'origine des symptômes (Figure 5). Une prescription d'antibiotique à large spectre (moxifloxacine TID) et de cortisone (Prednisolone BID) a été donnée avec une référence à son rétinologue. L'ophtalmologiste a laissé les points en place, mais a augmenté la dose de cortisone et l'épisode s'est résolu rapidement.

Finalement, après guérison complète de son œil, l'œil gauche a subi une myopisation de 1,75D que nous avons corrigée avec des lunettes pour la conduite automobile. Cette monovision naturelle lui sera bénéfique lorsqu'elle deviendra presbyte.

Discussion

Nous avons tous appris qu'un décollement de la rétine est une urgence immédiate. Ceci étant dit, certains éléments sont plus inquiétants que d'autres : un décollement rétinien supérieur, la présence de pigments dans le vitré (signe de Schaffer), un PVD actif, des symptômes d'éclairs lumineux, la présence de tractions vitréo-rétiniennes, etc. Le cas échéant ne présentait aucun des signes de dangerosité et avait l'avantage de se situer en rétine inférieure, là où l'effet de la gravité contribue à maintenir la rétine en place. De plus, il n'y avait aucun élément actif qui augmentait la traction sur la rétine.

La prise en charge d'un décollement de la rétine inférieure est différente d'une atteinte en supérieure. La rétinopexie pneumatique (injection de bulle de gaz) n'est pas envisageable puisque la bulle de gaz monte vers le haut de sorte que la patiente aurait à garder sa tête penchée vers le bas pendant plusieurs semaines. Les méthodes alternatives sont donc le cerclage scléral (scleral buckle), la vitrectomie et la cryothérapie. La vitrectomie chez un patient phake entraîne presque inévitablement une cataracte dans les années suivantes, soit 74% dans les 3 premières années suivant la procédure. La cryothérapie est utilisée en dernier recours lors d'un échec des autres méthodes.

Une étude de Cohen (2005) démontre que sur 18 cas de décollement de rétine rhégmato-gène asymptomatique, un seul a progressé, et ce de manière minime. Cette étude propose donc que les décollements rétinien rhégmato-gènes asymptomatiques pourraient être surveillés sans qu'une intervention ne soit faite. 

Perle clinique

Il est pertinent d'ajouter une note sur la présence de membrane épitréinienn (MER) à l'oeil gauche. Bien que les MER soient très fréquentes avec l'âge affectant 7% à 12% des gens âgés de plus de 50 ans, elles sont généralement consécutives au décollement du vitré postérieur (PVD). La présence d'une membrane épitréinienn chez un jeune patient sans PVD devrait orienter l'évaluation vers les étiologies suivantes : trauma, diabète, déchirure, décollement de la rétine, chirurgie, tumeur, occlusion veineuse, inflammation. Une évaluation de la rétine périphérique avec dilatation pupillaire est donc recommandée.

HORAIRE D'ÉTÉ!

Veillez prendre note des heures d'ouverture de nos bureaux pour la période estivale du 15 juin au 28 août inclusivement : lundi au jeudi de 8 h à 17 h et vendredi de 8 h à 12 h.

L'équipe de l'AOQ vous souhaite un très bel été et de bonnes vacances!



RÉFÉRENCES

- Acaba-Berrocal, L. Four pearls for managing inferior rhegmatogenous RD. *Retina Today*, Nov/dec 2024: 11-14.
- Cohen SM. Natural history of asymptomatic clinical retinal detachments. *Am J Ophthalmol*. 2005;139(5):777-779.
- Fung AT, Galvin J, Tran T. Epiretinal membrane: A review. *Clin Exp Ophthalmol*. 2021 Apr;49(3):289-308.
- Jackson TL, Donachie PH, Sparrow JM, Johnston RL. United Kingdom National Ophthalmology Database Study of Vitreoretinal Surgery: report 1; case mix, complications, and cataract. *Eye (Lond)*. 2013 May;27(5):644-51.
- Lincoff H, Gieser R. Finding the retinal hole. *Arch Ophthalmol*. 1971 May;85(5):565-9.