

## **II-2- Les signes physiques [10]**

### **II-2-1-Segment antérieur**

On peut avoir une opacification du cristallin, une baisse de la tension oculaire et la présence de petits amas pigmentés dans le vitré antérieur.

### **II-2-2- Segment postérieur**

C'est la partie la plus importante de l'examen physique car elle permettra de mettre en évidence le décollement de la rétine et l'existence de lésions dégénératives.

#### **II-2-2-1- La rétine décollée**

Elle forme une membrane saillante, mobile avec les mouvements du globe oculaire, de couleur variable mais en générale gris rose. Elle a un aspect gaufré du fait de l'œdème de ses couches internes. La rétine présente des plis mobiles. La présence de plis fixes traduit l'existence de proliférations vitréo-rétiniennes, dont certains ont un aspect de plis étoilés localisés. L'étendue sera appréciée en fonction du nombre de quadrants atteints. L'état de la macula sera précisé.

#### **II-2-2-2- Les lésions de la rétine périphérique**

Il s'agit des lésions responsables du décollement de la rétine. En général, les lésions se localisent au niveau de la rétine périphérique. Les modifications rencontrées sont de deux types : les déhiscences rétiniennes et les lésions dégénératives.

## **III- EXAMEN DE L'ŒIL ADELPHE**

L'examen de l'œil adelphe est indispensable car il permet de rechercher des lésions dégénératives de la rétine susceptibles d'entraîner un décollement de la rétine au sein de cet œil. On recherchera donc des déhiscences et des zones de fragilité sur toute la rétine à l'aide du verre à trois miroirs de Goldman.

### III-1- Les déchirures rétiniennes

#### III-1-1- La déchirure à lambeau

Elle peut être à clapet ou à opercule [14].

**La déchirure à clapet** est en forme de « v », « u » ou « fer de cheval ». Au cours de ces déchirures, le lambeau antérieur reste solidaire à la rétine (figure 5).

**La déchirure à opercule** a un lambeau détaché et flottant non loin de la déchirure. Cette déchirure a alors la forme d'un trou rond. Ces déchirures sont faciles à voir car elles mettent à nu la choroïde et l'épithélium pigmentaire qui sont de couleur rouge. De plus les vaisseaux rétinien y sont interrompus ou y passent en pont.

Ces déchirures siègent en rétro oral, en région équatoriale ou rétro-équatoriale.



**Figure 5** : Déchirure rétinienne en « u » (d'après KANSKI [18])

### III-1-2- La déchirure géante [10]

La déchirure géante s'étend sur 90° au moins. Elle peut atteindre 180° et même toute la périphérie de la rétine.

Elle survient surtout chez les myopes forts qui sont atteints de vitréo-rétinopathies, avec comme facteurs déclenchant une contusion ou une vitrectomie. Ce type de déchirure s'accompagne de proliférations vitréo-rétiniennes très importantes.

### III-1-3- Les petits trous atrophiques équatoriaux [10]

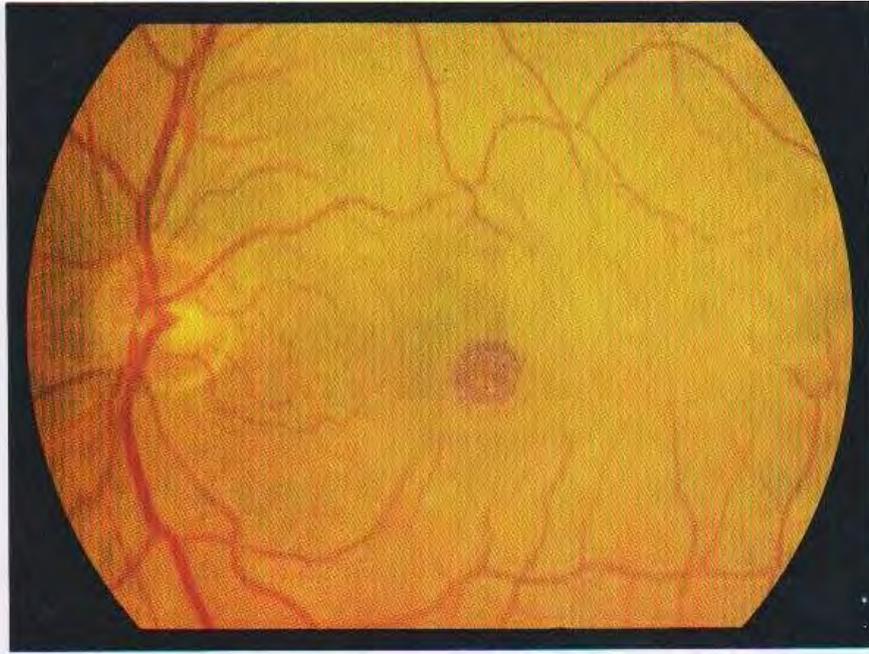
Les trous sont en général nombreux surtout équatoriaux et siègent dans les palissades. Ils sont rencontrés très souvent dans le quadrant tempo- inférieur dans la concavité des lignes sous-rétiniennes. Ce sont de petits trous taillés à l'emporte-pièce. Le rouge de la choroïde occupe leur fond et tranche sur le gris jaune de leur bord rétinien. Ils sont le résultat d'un amincissement extrême de la rétine (figure 6).



**Figure 6:** Trou rétinien équatorial (d'après KANSKI [18])

#### **III-1-4- Le trou maculaire [10]**

C'est une lésion qui atteint toute l'épaisseur de la rétine. Le trou maculaire survient habituellement chez les myopes forts. Il entraîne un décollement postérieur qui s'étend par la suite vers la périphérie (figure 7).



**Figure 7 :** Trou maculaire (d'après SCUDERI [32])

#### **III-1-5- La dialyse à l'ora [10]**

Ce type de lésion siège dans le quadrant temporal inférieur de la rétine. Elle peut être spontanée en cas d'anomalie constitutionnelle. L'examen de la rétine ne retrouve ni une contraction du vitré ni une déchirure à lambeau. Lorsque la dialyse est post-contusive, elle siège dans le quadrant nasal supérieur avec une avulsion de la base du vitré. Il faut rechercher des déchirures sur le reste de la rétine.

#### **III-2- Les lésions dégénératives de la rétine périphérique [35]**

Ces modifications de la rétine périphérique apparaissent avec l'âge et sur certains terrains comme la myopie. Sur ces zones de fragilité peuvent se développer des déchirures susceptibles d'entraîner un décollement de rétine.

### **III-2-1- Les lésions dégénératives intra-rétiniennes**

#### **III-2-1-1- Les kystes de l'ora**

Ils sont découverts chez le sujet jeune et ont un aspect saillant. Ils sont souvent associés à une dialyse à l'ora, génératrice de décollement.

#### **III-2-1-2- La dégénérescence microkystique.**

Il ne s'agit pas de kystes à paroi propre mais de vacuoles constituées dans l'épaisseur de la rétine par nécrose cellulaire.

En fonction du siège des vacuoles on peut distinguer :

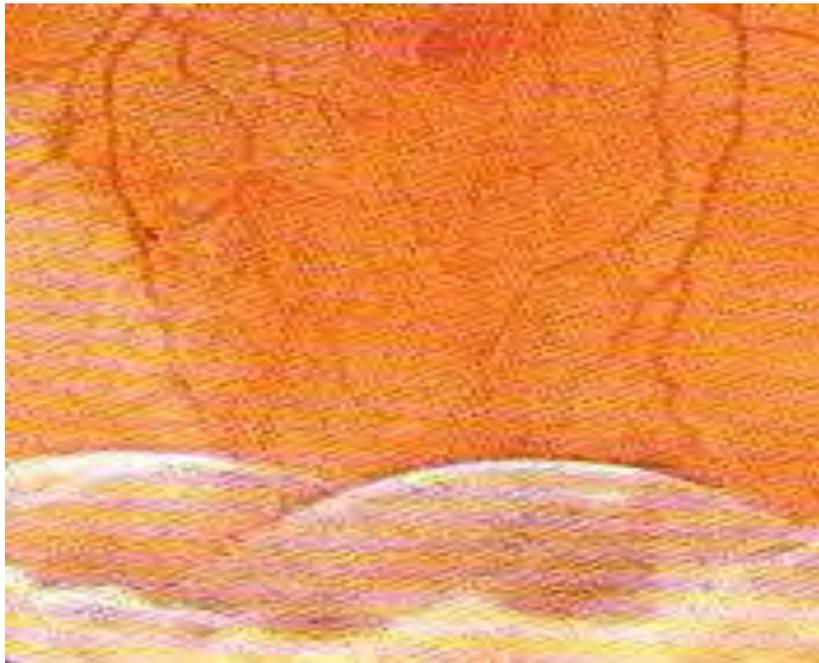
**La dégénérescence microkystique typique** qui est toujours pré-équatoriale, elle reste toujours volontiers localisée juste en arrière des baies de l'ora serrata. Elle reste difficile à reconnaître et ne peut être bien observée que chez l'aphaque ou après indentation sous forme de plage où la rétine apparaît gris rosée. Lorsque les kystes sont suffisamment volumineux, la surface rétinienne apparaît alvéolée en nid d'abeille.

**La dégénérescence microkystique réticulaire** diffère de la précédente par le siège plus interne des vacuoles dans la couche des fibres du nerf optique, par le siège plus postérieur pouvant dépasser l'équateur et par ses limites latérales nettes coïncidant avec l'arbre vasculaire qui apparaît anormalement visible.

#### **III-2-1-3- Le rétinosischisis dégénératif**

Il est l'aboutissement de la dégénérescence microkystique. Sa fréquence augmente avec l'âge mais surtout après 40 ans. Le rétinosischisis apparaît comme une bulle plus ou moins saillante en arrière de l'ora serrata (figure 8). Il correspond à un clivage entre les couches internes et externes de la rétine. On lui reconnaît plusieurs formes cliniques :

- le **rétinoshisis plan** qui résulte de l'évolution de la dégénérescence microkystique typique par coalescence des vacuoles. Ici le plan de clivage est la plexiforme externe.
- le **rétinoshisis bulleux** qui résulte de l'évolution de la dégénérescence microkystique réticulaire par coalescence des vacuoles situées dans la couche des fibres du nerf optique.



**Figure 8** : Rétinoshisis (d'après KANSKI [18])

### III-2-2- Les lésions dégénératives rétino-vitréennes

#### III-2-2-1-Les blancs

Ce sont des îlots entre (ora et équateur) où la rétine apparaît gris blanc comme si un petit voile masquait le fond choroïdien (figure 9). Cet aspect est soit spontané : c'est le blanc sans pression, ou apparaît lors de l'indentation : c'est le blanc avec pression. Cet aspect pourrait correspondre à une condensation du vitré. Les blancs se compliquent peu de déchirance rétinienne.



**Figure 9** : Blanc sans pression (d'après KANSKI [18])

### III-2-2-2-Les givres

Les givres correspondent à des infiltrats lipidiques dans les cellules gliales ayant phagocyté les résidus de cellules nerveuses dégénérées au sein de la rétine atrophique. Le vitré adhère fortement aux bords de la lésion (figure 10).

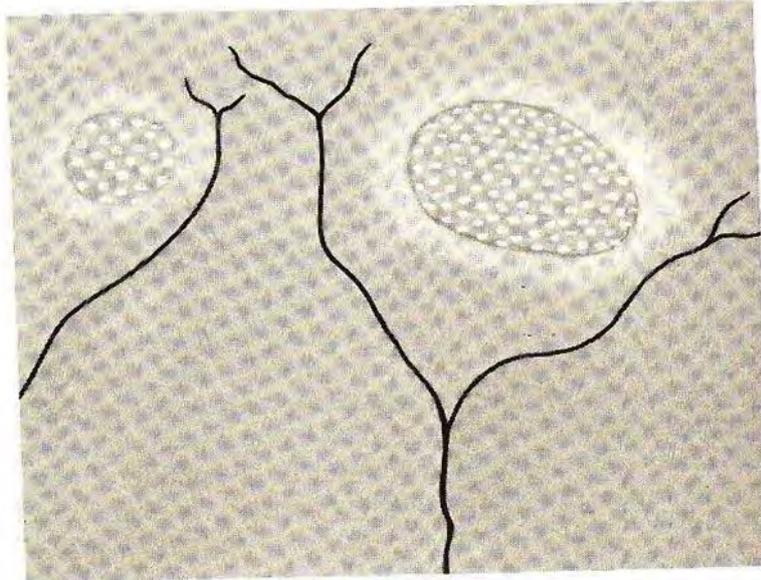
Les givres existent sous deux formes :

- **le givre en îlot** constitué par l'accumulation de petits points brillants regroupés en îlots parallèles à l'ora serrata ;
- **le givre diffus** formé par les mêmes petits points blancs brillants saupoudrant de façon diffuse la périphérie rétinienne.

Les givres apparaissent tôt, dès l'âge de 20 ans et ils ont une fréquence liée à la myopie surtout à la myopie forte.

Les givres atteignent surtout le quadrant temporal avec tendance à la symétrie.

Les givres sont associés à la dégénérescence palissadique. Ils se compliquent de déchiscences (surtout des trous) dans 30% des cas et plus particulièrement dans le givre en îlots.



**Figure 10 :** Dégénérescence givrée (d'après SARRAUX [31])

### III-2-2-3- La dégénérescence palissadique

Elle est constituée d'ilots ou de bandes parallèles à l'ora serrata associant un amincissement rétinien, des dépôts pigmentés, des stries blanchâtres qui s'entrecroisent et une dégénérescence du vitré en regard (figure11). La prévalence de palissade dans l'œil adelphe des patients avec un décollement de rétine est de 9,2% à 35% [13].



**Figure 11:** Dégénérescence palissadique (d'après KANSKI [18])

### III-2-3- Les dégénérescences chorio-rétiniennes

#### III-2-3-1- La motte pigmentée

Ce sont des amas pigmentés bien délimités en petites mottes arrondies. On distingue deux aspects :

Certains qui sont moins profonds et situés dans les couches internes de la rétine (figure 12). La disposition du pigment est celle d'un fin saupoudrage. On retrouve souvent de telles mottes pigmentées sur le clapet des déchirures.

D'autres sont plus profonds dans le plan de l'épithélium pigmentaire.

Les autres lésions sont à type de dispersions pigmentaires diffuses, druses de la périphérie rétinienne et dégénérescences pavimenteuses.



**Figure 12** : Motte pigmentée (d'après KANSKI [18])

## **IV- Diagnostic étiologique**

Le décollement de rétine rhégmato-gène est dû à une ouverture ou brèche (rhegma en grec) du neuro-épithélium. Ces ouvertures ou déhiscences sont dues à des facteurs favorisants qui sont :

### **IV-1- L'âge**

La plus grande fréquence du décollement de rétine est entre 50 et 60 ans, ceci correspond à l'âge de la synérèse du vitré et à l'augmentation des lésions dégénératives périphériques [19].

### **IV-2- La myopie**

La myopie forte ou myopie pathologique, myopie dégénérative, myopie maladie, se caractérise par : une réfraction de forte puissance négative ( $\geq -6$  dioptries), une grande longueur axiale, une évolutivité rapide.

C'est la forte distension anormale et évolutive du globe qui conditionne la survenue du décollement de rétine.

Le décollement est de l'ordre de 1,5% à 2,2% chez les sujets jeunes et myopes forts ayant subi une phacoémulsification [17].

### **IV-3-L'aphaquie ou pseudophaquie**

L'extraction extra capsulaire de la cataracte augmente le risque de décollement de 0,7 à 1,4% [38] et surtout après laser Yag.

### **IV-4-Les traumatismes oculaires[36]**

Les traumatismes oculaires peuvent être dus aux agressions, aux accidents domestiques, de sports, de jeux et de travaux.

Les agressions et les accidents domestiques représentent 83,2% des circonstances de traumatisme.

Les traumatismes oculaires sont dans la majorité des cas rencontrés chez les hommes (75%). Ces hommes ont une moyenne d'âge de 39,1.

Ils entraînent un décollement de rétine dans 47,9% des cas par des ouvertures rétinienne telle la désinsertion à l'ora, les trous atrophiques, et les déchirures rétinienne.

#### **IV-5- Autres facteurs**

Une histoire familiale de décollement de rétine et l'existence d'un décollement de rétine à un œil prédisposent le patient à un risque élevé de décollement de rétine. Son incidence est supérieure à 5% [27].

### **V-TRAITEMENT**

#### **V-1-Traitement du décollement de la rétine [9]**

On distingue plusieurs méthodes de traitement du décollement de la rétine.

##### **V-1-1- La cryoapplication et indentation**

Elle consiste à rétablir le contact entre le neuro-épithélium et l'épithélium pigmentaire en déprimant la paroi oculaire vers l'intérieur (indentation) à l'aide d'un matériel et en créant une cicatrice adhérente par application de froid (cryoapplication). Le matériel le plus utilisé est le polymère de silicone aéré (éponge) ou plein (rail et sangles).

En général il faut évacuer le liquide sous rétinien pour faciliter le repérage et la cryoapplication des ouvertures. Elle s'applique à presque tous les types de déchirures. On peut avoir une prolifération post opératoire sévère avec cette méthode.

##### **V-1-2-La vitrectomie**

Elle consiste à identifier les déchirures par exploration de la périphérie sous microscope opératoire, à lever les tractions par la vitrectomie, à recoller la rétine par injection d'air ou de perfluorocarbène liquide sans ponction du liquide sous rétinien. Ensuite il faut créer une cicatrice par cryoapplication ou par

endolaser et installer une contention interne prolongée par gaz ou huile de silicone. Cette méthode est très avantageuse chez le pseudophaque.

### **V-1-3-La rétinopexie pneumatique**

Il s'agit d'obturer les ouvertures en injectant un gaz dans le vitré et en positionnant le patient pour que la bulle soit à leur contact. Ceci stoppe le passage de fluide et recolle la rétine sans que l'on ait recours à une ponction de liquide sous rétinien ni à une levée des tractions. On crée ensuite la cicatrice dans un deuxième temps par cryoapplication trans-sclérale ou laser.

### **V-2-Traitement préventif [35]**

Le laser à argon est utilisé dans le traitement préventif du décollement de rétine en permettant une adhérence autour des déhiscences. Il permet une thérapeutique fine adaptée à chaque cas, facile à appliquer et bien tolérée par le patient.

Le matériel utilisé est le laser argon adapté à la lampe à fente. Le rayon est focalisé sur la rétine du malade à travers un verre à trois miroirs placé sur la cornée.

La pupille du patient est dilatée à l'aide de collyres (Tropicamide et Epinéphrine) et une anesthésie de contact par collyre est réalisée avant la mise en place du verre à trois miroirs.

Le choix des constantes du laser varie en fonction de la transparence des milieux et du type de lésion à traiter. En général, on choisit des diamètres d'impact de 250 ou 500 microns, un temps d'exposition assez long pour éviter l'effet explosif (0,1 à 0,2 s), des puissances variant de 150 à 600-700 mw, jusqu'à obtenir une marque blanchâtre sur la rétine. Le nombre d'impacts dépend de l'étendue de la lésion.