

Vitrectomie assistée par triamcinolone dans le traitement des récurrences de décollement de rétine par trou maculaire du myope fort

J.-F. Le Rouic, D. Ducournau, F. Becquet

Département de chirurgie vitréo-rétinienne, Clinique Sourdille, 8, rue Camille, Flammarion, 44000 Nantes. E-mail : ddd@club-internet.fr

Ce travail a été présenté en partie lors de la société française d'ophtalmologie en mai 2005.

Les auteurs n'ont aucun intérêt financier dans les produits mentionnés dans cet article.

Correspondance : J.-F. Le Rouic, à l'adresse ci-dessus.

Reçu le 15 septembre 2005. Accepté le 29 avril 2006.

Triamcinolone-assisted vitrectomy in the treatment of recurrent retinal detachment due to myopic macular hole

J.-F. Le Rouic, D. Ducournau, F. Becquet

J. Fr. Ophthalmol., 2006; 29, 7: 829-834

Purpose: To report the use of triamcinolone-assisted vitrectomy to assess the cause of vitrectomy failure in the treatment of retinal detachment due to myopic macular hole.

Observations: We report the cases of three myopic patients presenting with recurrent retinal detachment due to macular hole after initial vitrectomy treatment with posterior vitreous detachment, a systematic attempt at membrane peeling, and gas injection (SF6). No retinal traction or tear other than the macular hole was observed. The recurrence of retinal detachment was treated with vitrectomy and intraoperative use of triamcinolone, which demonstrated persistent posterior hyaloid and thin and strongly adherent membrane remnants in each case. Anatomic success was obtained after peeling these structures.

Conclusion: Intraoperative use of triamcinolone reduces the risk of overlooking hyaloid or membrane remnants during vitrectomy for the treatment of myopic retinal detachment. Transparent remnants of posterior hyaloid and membranes were visualized by triamcinolone-assisted vitrectomy. They could lead to traction on the retina and explain the failure of the initial vitrectomy. Anatomic success was obtained after peeling these structures.

Key-words: Retinal detachment, macular hole, myopia, triamcinolone, vitrectomy, epiretinal membrane.

Vitrectomie assistée par triamcinolone dans le traitement des récurrences de décollement de rétine par trou maculaire du myope fort

But : Décrire les avantages de la vitrectomie assistée par triamcinolone pour identifier les causes d'échec de la vitrectomie de première intention dans le traitement du décollement de rétine par trou maculaire du myope fort.

Observations : Nous rapportons les cas de trois patients myopes forts ayant présenté une récurrence de décollement de rétine par trou maculaire après avoir été traités initialement par vitrectomie avec création du décollement postérieur du vitré, pelage de la surface rétinienne et injection de SF6. Lors de la récurrence, aucune traction résiduelle ni déhiscence autre que le trou maculaire n'était visualisée. La reprise chirurgicale avec injection de triamcinolone au cours de la vitrectomie a mis en évidence la persistance de reliquat de hyaloïde postérieure ou de membrane friable et fortement adhérente à la rétine qui ont pu être disséqués dans tous les cas. Ces trois réinterventions ont conduit à un succès anatomique.

Conclusion : L'injection de triamcinolone améliore la qualité de la vitrectomie dans le traitement des décollements de rétine chez les myopes forts. La vitrectomie assistée par triamcinolone permet la visualisation de reliquats de hyaloïde ou de membrane épitréinienne pouvant être source de traction sur la rétine et expliquer les échecs de la vitrectomie. Le pelage de ces structures transparentes a permis le succès de l'intervention.

Mots-clés : Décollement de rétine, myopie, trou maculaire, membrane épitréinienne, triamcinolone, vitrectomie.

INTRODUCTION

Le décollement de rétine par trou maculaire est une complication rare de la myopie forte [1, 2]. Selon les séries, le succès anatomique initial de la chirurgie varie entre 50 % et 100 %, ce qui semble inférieur aux taux obtenus pour les autres types de décollements de rétine non compliqués de prolifération vitréo-rétinienne. Ces moins bons résultats peuvent s'expliquer par l'absence de rétinopexie qui détruirait la macula et par la persistance du trou maculaire après l'intervention, même lorsque la rétine a été réappliquée. Ceci est fréquemment mis en évidence par l'examen en tomographie par cohérence optique (OCT) [3].

Parallèlement aux progrès de la chirurgie vitréo-rétinienne, différentes techniques ont été décrites pour traiter ces décollements de rétine, telles que le raccourcissement scléral [4], l'indentation maculaire [5-7], l'injection de gaz dans la cavité vitréenne avec positionnement du patient [6-8-13] ou la vitrectomie suivie d'un tamponnement interne par gaz [6, 7, 11, 14-18], voire par huile de silicone [16, 17, 19, 20], parfois associée à différentes méthodes de rétinopexie. La vitrectomie est probablement la technique la plus populaire pour le traitement en première intention de cette pathologie. Elle a pour but de relever une traction vitréo-maculaire qui semble être un élément impor-

tant dans la survenue de ce type de décollement de rétine [5-14, 21-23]. De plus, le pelage systématique de la surface de la macula en cours de vitrectomie semble améliorer les résultats et a été proposé par différentes équipes [23, 24]. La vitrectomie en première intention avec pelage de la surface de la rétine nous a permis d'obtenir un taux de réapplication primaire de 81 % sur 36 yeux entre juin 1995 et octobre 2000 (communication personnelle, société française d'ophtalmologie 2002). Néanmoins, lorsqu'une récurrence de décollement de rétine survient, il est généralement difficile d'en établir le mécanisme. L'injection de triamcinolone dans la cavité vitréenne en cours de vitrectomie permet une meilleure visualisation du vitré [25]. Nous présentons ici trois cas de récurrence de décollement de rétine par trou maculaire du myope fort, initialement traités par vitrectomie avec tentative systématique de pelage de la surface rétinienne où une deuxième vitrectomie assistée par triamcinolone a permis de visualiser des reliquats de hyaloïde et/ou de membrane pouvant être source de traction sur la rétine et expliquer la récurrence du décollement.

OBSERVATIONS

Cas n° 1

Une femme, âgée de 51 ans, myope de - 14 dioptries, atteinte d'un décollement de rétine par trou maculaire de l'œil gauche depuis 7 jours, fut opérée en première intention par vitrectomie centrale et périphérique avec création du décollement postérieur du vitré par le vitréotome. Une recherche méticuleuse d'un tissu prérétinien fut réalisée en faisant glisser à la surface de la rétine l'extrémité recourbée d'une aiguille 20 gauges ou d'un crochet ou en pinçant superficiellement la rétine et en débutant en regard de la naissance des artères rétinienne temporales supérieures ou inférieures. Le pelage du tissu périfovolaire fut effectué jusqu'à ce que l'aspiration par le vitréotome du liquide sous-rétinien à travers le trou maculaire entraîne la ré-application de la rétine. L'injection de 4 cc d'un mélange gazeux d'air et de SF6 à 50 % termina l'intervention. Un positionnement face vers le sol pendant 6 jours fut demandé au patient. Il ne fut pas utilisé de vert d'indocyanine pour colorer la membrane limitante interne. Cette intervention permit la réapplication initiale de la rétine.

Trois semaines plus tard, une récurrence du décollement de rétine fut observée. L'acuité visuelle était réduite à « voit la main bouger ». Lors de l'examen à la lampe à fente, la rétine était décollée à l'intérieur des arcs vasculaires temporaux. Elle semblait souple, et la seule déchirure visualisée était le trou maculaire. Une nouvelle intervention par voie de vitrectomie fut entreprise. L'injection d'environ 0,1 ml d'acétonide de triamcinolone (Kénacort®) en cours de vitrectomie permit alors la vi-

sualisation d'une membrane épaisse couvrant le pôle postérieur qui fut pelée en un seul morceau (fig. 1 et 2). Les particules de triamcinolone furent ensuite aspirées au vitréotome de façon la plus complète. L'intervention se termina par un tamponnement interne par du C2F6.

Quatre mois plus tard, la rétine était toujours à plat. Cliniquement, le trou maculaire n'était plus visible, et le cristallin toujours clair. L'acuité visuelle était remontée à « compte les doigts ».

Cas n° 2

Une femme, âgée de 63 ans pseudophaque, myope forte, fut adressée pour le traitement d'un décollement de rétine par trou maculaire de l'œil droit. Sa prise en charge en urgence ne permit pas de réaliser une échographie afin d'en déterminer la longueur axiale. Elle fut opérée par voie de vitrectomie selon la technique décrite ci-dessus. Un succès anatomique fut observé trois semaines après cette intervention.

Trois autres semaines plus tard, elle consulta pour une récurrence de décollement de rétine survenue quatre jours auparavant. Une nouvelle vitrectomie fut réalisée. L'injection de triamcinolone mit alors en évidence une fine membrane friable et fortement adhérente à la surface de la macula (fig. 3). Elle fut disséquée par petits fragments. Des particules de triamcinolone ayant migré dans l'espace sous-rétinien par le trou maculaire, devant ainsi inspirable, furent finalement laissées en place. L'intervention fut terminée par un tamponnement interne par du C2F6.

Trois mois plus tard, la rétine était à plat et les particules de triamcinolone n'étaient plus visibles. Le trou maculaire était toujours ouvert. L'acuité visuelle était remontée à « compte les doigts ».

Cas n° 3

Une femme, âgée de 68 ans, pseudophaque fut adressée pour le traitement d'un décollement de rétine par trou maculaire de l'œil droit. Elle fut opérée par voie de vitrectomie selon la technique décrite ci-dessus. Un succès anatomique fut observé le lendemain de l'intervention.

Quinze jours plus tard, elle consulta pour une récurrence de décollement de la totalité de la rétine survenue la veille. Une nouvelle vitrectomie fut réalisée. L'injection de triamcinolone mit en évidence une fine membrane friable et fortement adhérente à la surface de la macula (fig. 4). Elle fut disséquée par petits fragments. En périphérie rétinienne, la hyaloïde postérieure apparaissait. Elle était toujours fortement adhérente à la rétine et ne put être décollée qu'à la pince (fig. 5). L'intervention fut terminée par un tamponnement interne par du C2F6.

Trois mois plus tard, la rétine était à plat, mais le trou maculaire était toujours visible. L'acuité visuelle était remontée à 1/10°.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4024470>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4024470>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)